

**EVALUACION INSTITUCIONAL PARA DETERMINAR LAS  
CONDICIONES DE HABILITACIÓN DE CORPOMÉDICA COMO  
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL  
I NIVEL DE ATENCION DEL SGSSS.**

**CATALINA RODRIGUEZ  
DIANA ANDREA SANTOS BARON  
BIBIAN HELENA VANEGAS GONZÁLEZ**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN DE GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD Y  
SEGURIDAD SOCIAL  
NEIVA  
2005**

**EVALUACION INSTITUCIONAL PARA DETERMINAR LAS  
CONDICIONES DE HABILITACIÓN DE CORPOMÉDICA COMO  
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL  
I NIVEL DE ATENCION DEL SGSSS.**

**CATALINA RODRIGUEZ  
DIANA ANDREA SANTOS BARON  
BIBIAN HELENA VANEGAS GONZÁLEZ**

**Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título  
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social**

**Directora  
MARIA VIRGINIA BARRERA  
M.D. Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN DE GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD Y  
SEGURIDAD SOCIAL  
NEIVA  
2005**

Nota de aceptación

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Neiva, Abril de 2005

## **DEDICATORIA**

A Dios por su don de vida, a mi madre y a mi padre por su dedicación y espiritualidad.

A Alex por tu gran comprensión y compañía.

Bibian.

A Dios, por haberme dado la fuerza necesaria para no desfallecer a pesar de los obstáculos y seguir adelante siempre.

A mi esposo, a mi hija Maria José, a mi madre por su comprensión y apoyo durante esta etapa de mi vida.

Catalina.

A Dios por darme la fuerza de voluntad necesaria para afrontar los grandes retos de la vida.

A mis padres por su apoyo incondicional para lograr cada una de las metas de mi vida.

A mi esposo, mi hijo Juan Camilo, por su comprensión y el cariño de familia que siempre me han brindado.

Diana.

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Pedro Reyes Gaspar, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud USCO, por su especial colaboración y apoyo continuo para el desarrollo de este posgrado.

Maria Virginia Barrera de Erazo, Gerente en Salud, por su colaboración y sus valiosos aportes metodológicos y conceptuales para la realización de este trabajo de grado.

## **CONTENIDO**

|                                       | Pág |
|---------------------------------------|-----|
| INTRODUCCION                          | 26  |
| 1. OBJETIVO GENERAL                   | 27  |
| 1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS             | 27  |
| 2. MARCO REFERENCIAL                  | 28  |
| 3. DESCRIPCION DE LA ENTIDAD          | 34  |
| 3.1 RESEÑA HISTÓRICA DE CORPOMÉDICA   | 34  |
| 3.2 CULTURA CORPORATIVA               | 36  |
| 3.2.1 Misión                          | 36  |
| 3.2.2 Visión                          | 36  |
| 3.2.3 Principios Corporativos         | 36  |
| 3.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL         | 37  |
| 3.3.1 Gerencia                        | 44  |
| 3.3.2 Auditoria Médica                | 44  |
| 3.3.3. Coordinación de I nivel        | 44  |
| 3.3.3.1 Consulta Médica General       | 44  |
| 3.3.3.2 Consulta Prioritaria          | 44  |
| 3.3.3.3 Consulta General Odontológica | 47  |
| 3.3.3.4 Promoción y Prevención        | 47  |

|                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.3.4 Coordinación Administrativa                                               | 48 |
| 3.3.4.1 Facturación                                                             | 49 |
| 4. ANALISIS DE LA PLANEACION ESTRATEGICA                                        | 51 |
| 4.1 Análisis interno                                                            | 54 |
| 4.2 Análisis externo                                                            | 55 |
| 4.3 Análisis de las Opciones Estratégicas                                       | 57 |
| 5. CONDICIONES DE HABILITACION                                                  | 58 |
| 5.1 AUTOEVALUACION DE LAS CONDICIONES<br>DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA. | 58 |
| 5.1.1 Recurso humano                                                            | 58 |
| 5.1.2 Estándar de Recursos Humanos                                              | 60 |
| 5.1.3 Infraestructura – Instalaciones Físicas –<br>Mantenimiento                | 62 |
| 5.1.4 Estándar de Infraestructura – Instalaciones físicas –<br>Mantenimiento.   | 64 |
| 5.1.5 Dotación – Mantenimiento                                                  | 65 |
| 5.1.6 Estándar de Dotación – Mantenimiento                                      | 66 |
| 5.1.7 Insumos - Gestión De Insumos                                              | 67 |
| 5.1.8 Estándar de Insumos - Gestión De Insumos                                  | 68 |
| 5.1.9 Procesos Prioritarios Asistenciales                                       | 69 |
| 5.1.10 Estándar de Procesos Prioritarios Asistenciales                          | 69 |
| 5.1.11 Historia Clínica y Registros Asistenciales                               | 70 |

|                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 5.1.12 Estándar de Historia Clínica y Registros Asistenciales                        | 71 |
| 5.1.13 Interdependencia de Servicios                                                 | 72 |
| 5.1.14 Referencia de Pacientes                                                       | 72 |
| 5.1.15 Estándar de Referencia De Pacientes                                           | 72 |
| 5.1.16 Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios                           | 72 |
| 5.1.17 Estándar de Seguimiento a Riesgos en la<br>Prestación de Servicios            | 73 |
| 5.2. AUTOEVALUACION DE LAS CONDICIONES DE<br>CAPACIDAD TECNICO ADMINISTRATIVA        | 73 |
| 5.2.1 Requisitos Legales de Existencia y Representación Legal                        | 73 |
| 5.2.1.1 Razón Social                                                                 | 73 |
| 5.2.1.2 Sistema Contable                                                             | 73 |
| 5.3 AUTOEVALUACION DE LAS CONDICIONES<br>DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL                  | 74 |
| 5.3.1 PATRIMONIO                                                                     | 74 |
| 5.3.2 OBLIGACIONES MERCANTILES                                                       | 74 |
| 5.3.3 OBLIGACIONES LABORALES                                                         | 74 |
| 6. ESTRATEGIAS DE DESARROLLO INSTITUCIONAL                                           | 76 |
| 6.1 PROPUESTA PARA EL PROCESO DE SELECCIÓN<br>Y VINCULACION DEL PERSONAL ASISTENCIAL | 76 |
| 6.1.1 Introducción                                                                   | 76 |
| 6.1.2 Objetivo de la selección de personal                                           | 76 |

|                                                                                                                                               |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 6.1.3 Clasificación de las Pruebas de selección                                                                                               | 76  |
| 6.1.4 Verificación de referencias y títulos                                                                                                   | 76  |
| 6.2 PROYECTO PARA ADECUACIÓN DE UNIDAD<br>SANITARIA EN TERAPIA RESPIRATORIA Y LAVAMANOS<br>EN LOS CONSULTORIOS DE MEDICINA GENERAL UNO Y DOS  | 82  |
| 6.2.1 Objetivos                                                                                                                               | 82  |
| 6.3 PROPUESTA PARA LA UNIFICACION Y SELECCIÓN DEL<br>ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS DE CORPOMEDICA I.P.S                                       | 84  |
| 6.3.1 Objetivos                                                                                                                               | 84  |
| 6.3.2 Justificación                                                                                                                           | 84  |
| 6.3.3 Desarrollo de la Propuesta                                                                                                              | 85  |
| 6.3.4 Proceso de organización del archivo de gestión                                                                                          | 86  |
| 6.4 PROPUESTA DEL MANUAL DE REFERENCIA Y<br>CONTRARREFERENCIA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION<br>AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION DE CORPOMEDICA IPS | 90  |
| 6.4.1 Presentación                                                                                                                            | 90  |
| 6.4.2 Objetivos                                                                                                                               | 90  |
| 6.4.3 Definiciones Preliminares                                                                                                               | 91  |
| 6.4.4 Diseño del Sistema de Referencia y Contrarreferencia                                                                                    | 93  |
| 6.4.5 Descripción de los Procesos                                                                                                             | 95  |
| 6.4.6 Red de Comunicaciones                                                                                                                   | 97  |
| 6.4.7 Red de Transporte                                                                                                                       | 99  |
| 7. CONCLUSIONES                                                                                                                               | 102 |

|                    |     |
|--------------------|-----|
| 8. RECOMENDACIONES | 104 |
| BIBLIOGRAFIA       | 105 |
| ANEXOS             | 107 |

## **LISTA DE TABLAS**

|                                                                                                       | <b>Pág</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Tabla 1. Verificación de las Referencias y Títulos                                                    | 77         |
| Tabla 2. Presupuesto para Adecuación de Unidad Sanitaria<br>en el consultorio de Terapia Respiratoria | 82         |
| Tabla 3. Presupuesto para Adecuación de Lavamanos en<br>Consultorios 2 y 3 de Medicina General        | 83         |

## LISTA DE CUADROS

|                                                                                                                                         | Pág |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Cuadro 1. Diferencias entre las estructuras piramidal, horizontal, y circular                                                           | 41  |
| Cuadro 2. DOFA CORPOMEDICA                                                                                                              | 53  |
| Cuadro 3. Relación de Personal Asignado para las Actividades de Consulta Médica General.                                                | 58  |
| Cuadro 4. Relación de Personal Asignado para las Actividades de Odontología.                                                            | 59  |
| Cuadro 5. Relación de Personal Asignado para las Actividades de Promoción y Prevención                                                  | 59  |
| Cuadro 6. Relación de Personal Asignado para las Actividades de Nutrición y Dietética                                                   | 60  |
| Cuadro 7. Relación de Personal Asignado para las Actividades de Terapia Respiratoria                                                    | 60  |
| Cuadro 8. Autoevaluación del cumplimiento de los criterios de habilitación del Recurso Humano                                           | 60  |
| Cuadro 9. Estándar de Recursos Humanos. Detalle por servicio                                                                            | 61  |
| Cuadro 10. Autoevaluación del cumplimiento de los criterios de habilitación de Infraestructura – Instalaciones físicas - Mantenimiento. | 64  |
| Cuadro 11. Estándar de instalaciones físicas. Detalle por servicio                                                                      | 65  |
| Cuadro 12. Autoevaluación del cumplimiento de los criterios de habilitación de Dotación - Mantenimiento.                                | 66  |

|                                                                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Cuadro 13. Estándar de dotación – mantenimiento.<br>Detalle de la dotación, equipos y su mantenimiento<br>mínimos, obligatorios por servicio. | 66 |
| Cuadro 14. Autoevaluación del cumplimiento de los criterios<br>de habilitación Insumos – Gestión de Insumos.                                  | 68 |
| Cuadro 15. Autoevaluación del cumplimiento de los criterios de<br>habilitación de los Procesos Prioritarios Asistenciales.                    | 70 |
| Cuadro 16. Autoevaluación del cumplimiento de los criterios de<br>habilitación de Historia Clínica y Registros Asistenciales                  | 71 |
| Cuadro 17. Autoevaluación del cumplimiento de los criterios de<br>habilitación de Referencia de Pacientes.                                    | 72 |
| Cuadro 18. Autoevaluación del cumplimiento de los criterios de<br>habilitación del Seguimiento a Riesgos en la Prestación<br>de Servicios     | 73 |
| Cuadro 19. Proceso de Gestión de Recursos Humanos – Autorización<br>Para vinculación de Recurso Humano                                        | 78 |
| Cuadro 20. Proceso de Gestión de Recursos Humanos –<br>Proceso Selección Hoja de Vida                                                         | 79 |
| Cuadro 21. Proceso de Gestión de Recursos Humanos –<br>Aplicación de Pruebas para vinculación de<br>Recurso Humano                            | 80 |
| Cuadro 22. Proceso de Gestión de Recursos Humanos –<br>Vinculación de Recurso Humano Seleccionado                                             | 81 |
| Cuadro 23. Proceso de Administración de Historias<br>Clínicas – Procedimiento Archivo de Historias<br>Clínicas para atención ambulatoria      | 88 |

## **LISTA DE FIGURAS**

|                                                             | Pág |
|-------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 1. Organigrama de CORPOMEDICA I.P.S.                 | 38  |
| Figura 2. Propuesta Organigrama Circular CORPOMEDICA I.P.S. | 43  |
| Figura 3. Flujograma de Consulta Mèdica                     | 45  |
| Figura 4. Flujograma de Consulta Prioritaria                | 46  |
| Figura 5. Flujograma de Consulta Odontològica               | 50  |
| Figura 6. Plano Institucional                               | 63  |

## **LISTA DE ANEXOS**

|                                                                                            | Pág |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ANEXO A. PROCESO DE FACTURACIÓN                                                            | 107 |
| ANEXO B. GUIAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN PARA LAS<br>PRINCIPALES DÍEZ CAUSAS DE CONSULTA MÉDICA | 111 |
| ANEXO C. PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE ODONTOLOGÍA                                             | 129 |
| ANEXO D. MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE<br>LA HISTORIA CLÍNICA.                    | 149 |
| ANEXO E. REGLAMENTO INTERNO DE LAS HISTORIAS<br>CLÍNICAS DE CORPOMÉDICA                    | 159 |
| ANEXO F. COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA                                               | 174 |

## **GLOSARIO DE TERMINOS**

**ATENCION DE LA SALUD:** Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

**ACCESIBILIDAD:** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**OPORTUNIDAD:** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

**SEGURIDAD:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**PERTINENCIA:** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

**CONTINUIDAD:** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

**CALIDAD:** Conjunto de especificaciones y características de un producto o servicio, referida a la capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen. Cumplimiento de especificaciones y requisitos. Grado de adecuación de un servicio a las expectativas del usuario o a parámetros tecnológicos o científicos, expresados en normas.

**CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD:** La calidad en la atención de salud se define como la prestación de los servicios equitativos, con cobertura a todos los usuarios y con un nivel óptimo que permita la satisfacción de los usuarios.

**CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA:** Son requisitos básicos de estructura y proceso que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales por cada uno de los servicios que prestan y que se consideren suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

**CONDICIONES DE LA SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA:** Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia y la liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

**CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA:** Son condiciones técnico administrativas para una Institución Prestadora de Servicios de Salud:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que le permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

**CONSALUD:** Corporación de Salud S.A.

**CORPOMEDICA:** Corporación Médica del Caquetá.

**CULTURA ORGANIZACIONAL:** Es el instrumento que permite a los individuos de una empresa afrontar mejor los problemas concretos que se encuentran y tratar de satisfacer sus necesidades, ya que la Institución es un producto social basado en los mapas colectivos de cognición de sus fundadores.

**EFFECTIVIDAD:** Es el resultado de la suma de la eficacia y la eficiencia. Grado máximo de mejoramiento de la salud que se consigue con la mejor atención posible.

**EFICACIA:** Es lograr el cumplimiento de las metas propuestas, ofreciendo máximo beneficio y mínimo costo como garantía de productividad, competitividad y Rentabilidad Económica y Social.

**EFICIENCIA:** Es el cumplimiento de las metas propuestas al menor costo y tiempo posible, hacer las cosas de la mejor manera.

**EVALUACION DE LA ESTRUCTURA:** Análisis de las características de las instalaciones, equipos, tecnología, recurso humano, recursos financieros y sistemas de información.

**EVALUACION DEL PROCESO:** Análisis de la información sobre la calidad de los servicios ofrecidos por los profesionales de la institución, y sobre el grado de coordinación e integración entre las distintas dependencias encargadas del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y del soporte administrativo financiero.

**EVALUACION DEL RESULTADO:** Análisis de indicadores que midan si la prestación del servicio de salud ha reportado beneficio para el usuario, medir la conservación o mejoría en el estado de salud del paciente, la presencia o ausencia de complicaciones, la muerte o la invalidez en distinto grado.

**GARANTIA DE CALIDAD:** Condiciones técnicas y organizacionales que permiten que un servicio cumpla con las exigencias de la calidad pretendidas. Tarea interdisciplinaria de constitución sistémica. Aumenta la competitividad de un producto y da credibilidad de la empresa ante sus clientes.

**HISTORIA CLÍNICA:** La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.

**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD:** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. La Auditoria para el Mejoramiento de la Atención en Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación y seguimiento de los procesos definidos como prioritarios.

2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.

3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos

**SATISFACCION DEL USUARIO:** Satisfacción razonable de las necesidades sentidas de los usuarios, se refiere a la relación entre prestadores, usuarios, administradores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad.

**SISTEMA DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD:** Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos necesarios para generar y mejorar la calidad de los servicios médicos en el país. Está compuesto por los macro procesos de El Sistema Único de habilitación, El Sistema Único de Acreditación, La Auditoria para el Mejoramiento de la Calida de la Atención en Salud y El Sistema de información para la calidad.

**SISTEMA UNICO DE ACREDITACION:** Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada éstas que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

**SISTEMA UNICO DE HABILITACION:** Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada.

**SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD:** Es un Sistema de Información que permita estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y que, al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y

deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, de las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

## **RESUMEN**

**TIPO DE DOCUMENTO:** TRABAJO DE GRADO

**ACCESO AL DOCUMENTO:** UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

**TITULO DEL DOCUMENTO:** EVALUACION INSTITUCIONAL PARA DETERMINAR LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN DE CORPOMÉDICA COMO INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL I NIVEL DE ATENCION DEL SGSSS..

**AUTORES:** MARIA CATALINA RODRIGUEZ  
DIANA ANDREA SANTOS BARON  
BIBIAN HELENA VANEGAS GONZALEZ

**DESCRIPCION:** El trabajo es una descripción de la operatividad de cada uno de los servicios con el fin de realizar su evaluación de acuerdo a la normatividad, para el Proceso de Habilitación de CORPOMEDICA como Institución Prestadora de Servicios de Salud en el I Nivel de Atención en el departamento del Caquetà con el fin de dar cumplimiento así al Decreto 2309 del 15 de Octubre de 2002, en el cual el Gobierno Nacional redefinió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud en el Sistema General de Seguridad Social. Igualmente expidió la Resolución 1439 del 1 de Noviembre de 2002, que con sus anexos técnicos complementan la organización del Sistema de Garantía de Calidad Obligatorio para prestadores y aseguradores, como también para Entidades Adaptadas, Entidades de Medicina Prepagada y Entidad Territoriales de Salud.

Ello implica revisar el diseño de sistema y los incentivos para lograr que opere como se desea, trabajar en pro de los procesos de salud para que

los resultados de la atención sean los adecuados. Se realiza una descripción de los estándares de las condiciones Tecnológicas y Científicas del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, Se realiza determinando factores que influyen en el desarrollo de sus actividades y que intervienen en sus procesos. Se desarrollan unas propuestas de acuerdo a las necesidades identificadas para el cumplimiento de las condiciones científico - tecnológicas de la habilitación, estas propuestas pueden ser evaluadas por parte de la Institución, con las que se puede contribuir en el mejoramiento continuo de la calidad en los procesos para la prestación de los servicios de la I.P.S.

## **SUMMARY**

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TYPE OF DOCUMENT:        | WORK OF GRADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ACCESS TO THE DOCUMENT:  | UNIVERSITY SURCOLOMBIANA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| I TITLE OF THE DOCUMENT: | I STUDY OF THE INSTITUTIONAL DEVELOPMENT TO DETERMINE THE VIABILITY OF THE QUALIFICATION DE CORPOMÉDICA LIKE INSTITUTION PRESTADORA OF SERVICES OF HEALTH IN THE I LEVEL OF THE SGSSS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| AUTHORS:                 | MARÍA CATALINA RODRÍGUEZ<br>DIANA ANDREA SANTOS BARON<br>BIBIAN HELENA VANEGAS GONZÁLEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| DESCRIPTION:             | The work is a description of the operability of each one of the services with the purpose of carrying out its evaluation according to the normatividad, for the Process of Qualification of CORPOMÉDICA like Institution Prestadora of Services of Health in the I Level of Attention in the department of the Caquetà with the purpose of giving execution así to the Ordinance 2309 of October of 2002, 15 in which the National Government redefined the Obligatory System of Quality assurance of the Attention of Health in the Social safe-deposit General System. Equally it sent the Resolution 1439 of November of 2002, 1 that supplement the organization of the Obligatory System of Quality assurance for lenders and insurers with their technical annexes, as well as it stops Adapted Entities, Entities of Unearned Medicine and Territorial Entity of Health. |

It implies it to revise the system design and the incentives to achieve that it operates like he/she wants himself, to work in for of the processes of health so that the results of the attention are the appropriate ones. He/she is carried out a description of the standards of the Technological and Scientific conditions of the Unique System of Qualification of Lenders of Services of Health, he/she is carried out determining factors that influence in the development of their activities and that they intervene in their essential processes. Some proposals are developed according to the identified necessities for the execution of the requirements in the qualification process, these proposals can be evaluated on the part of the Institution, with those that you can contribute in the continuous improvement of the quality in the processes for the benefit of the services of the I.P.S.

## INTRODUCCION

La Ley 100 de 1993 y sus reformas han aportado un marco de acción muy amplio en cuanto a la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud, siendo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad el instrumento maestro en el seguimiento y control del cumplimiento de la ley, por cuanto incluye desde los procesos asistenciales hasta la evaluación financiera y administrativa de las entidades, igualmente busca regular en cada uno de los ámbitos mencionados, el cumplimiento de los procesos que hacen parte del Desarrollo Empresarial Hospitalario como son: protocolos, indicadores y la satisfacción del usuario.

Por otro lado, el medio competitivo entre las I.P.S., en busca de usuarios, obliga a que estas no solo busquen estrategias de supervivencia y rentabilidad financiera, si no que también se hace imprescindible contar con un servicio debidamente habilitado, lo que garantiza, en términos de contratación, la presencia de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

La realización de esta investigación permite aportar a **CORPOMEDICA**, el diseño de su organización administrativa como I.P.S. y la evaluación desde el punto de vista del sistema de habilitación para su factibilidad como prestador de servicios.

A pesar de que **CORPOMEDICA** como entidad asume por primera vez la prestación de servicios de salud, ha tenido el apoyo de **CONSALUD S.A.** quién actúa como soporte financiero y administrativo para la ejecución del contrato con **COOMEVA E.P.S.**, sin embargo, son muchas las falencias en cuanto a la delimitación de las acciones de **CORPOMEDICA** en el contrato del I nivel de complejidad, siendo el diseño de su infraestructura, gestión administrativa, recursos humanos, tecnológicos y financieros una herramienta fundamental para el gerente que asuma la gestión de la entidad.

Este trabajo de desarrollo institucional pretende realizar una descripción de la operatividad de cada uno de los servicios con el fin de realizar su evaluación de acuerdo a la normatividad, teniendo en cuenta que la evaluación en si misma no trae mejora de la calidad, se requiere de acciones cuando se detectan las falencias o deficiencias frente a lo esperado. Ello implica revisar el diseño de sistema y los incentivos para lograr que opere como se desea, trabajar en pro de los procesos de salud para que los resultados de la atención sean los adecuados.

## 1. OBJETIVO GENERAL

Realizar la evaluación institucional para determinar las condiciones de habilitación de **CORPOMEDICA** como institución prestadora de servicios de salud en el I nivel de atención del **SGSSS**.

### 1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar la descripción y diagnóstico institucional de **CORPOMEDICA I.P.S.** para la prestación de los servicios del primer nivel de atención en salud.
- Aplicar y evaluar el cumplimiento del manual de estándares de las condiciones tecnológicas y científicas del sistema único de habilitación de prestadores de servicios de salud.
- Desarrollar el diseño de los procesos operativos y críticos que debe implementar **CORPOMEDICA** en la ejecución de la prestación de servicios de salud en el I nivel de atención para cumplir con las condiciones de habilitación.

## **2. MARCO REFERENCIAL**

Mediante el Decreto 2309 del 15 de Octubre de 2002, el Gobierno Nacional redefinió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud en el Sistema General de Seguridad Social. Igualmente expidió la Resolución 1439 del 1 de Noviembre de 2002, que con sus anexos técnicos complementan la organización del Sistema de Garantía de Calidad Obligatorio para prestadores y aseguradores, como también para Entidades Adaptadas, Entidades de Medicina Prepagada y Entidad Territoriales de Salud teniendo en cuenta características como:

- La accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la Organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios
- Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud en el Sistema General de Seguridad Social tiene como componentes:

1. El Sistema Único de Habilitación: es el conjunto de Normas, Requisitos y Procedimientos, mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y

científica (Requisitos Mínimos Esenciales), de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema.

2. La auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud: es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación de cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determina como básicos en el Sistema Único de Habilitación. El modelo de Auditoria incluye acciones preventivas, acciones de seguimiento y acciones coyunturales.

3. Sistema Único de Acreditación: es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de auto evaluación, mejoramiento y evaluación externa destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las I.P.S. 's, E.P.S., A.R.S., Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

4. Sistema de Información para la Calidad: El Ministerio de Salud implantará un Sistema de Información para la Calidad que estimule la competencia por calidad entre los agentes del sector y que, al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, de las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La implementación del Sistema de Habilitación, es el macroproceso, en el cual interactúan las entidades territoriales de salud y los prestadores de servicios de salud, con el propósito de que se cumplan los estándares en todo el país. Se inicia con la expedición de la norma por parte del Ministerio de Salud, y termina cuando se hayan cumplido y verificado los estándares o cuando se modifiquen. Los principales procesos que lo constituyen son:

**Proceso de autoevaluación de las condiciones para la habilitación.** De manera previa a la presentación del Formulario de Inscripción para la declaración del cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, de la suficiencia patrimonial y de las condiciones de capacidad técnico administrativa, los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales deberán realizar una autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los prestadores de servicios de salud y los

definidos como tales deberán realizar los ajustes necesarios. Cuando el prestador de Servicios de Salud se encuentre en imposibilidad de cumplir con las condiciones para la habilitación dentro de los términos establecidos en el acto administrativo que fije los estándares, deberá abstenerse de ofrecer o prestar los servicios en los cuales se presente esta situación.

**Proceso de Registro:** consiste en:

- Entregar la información necesaria por parte del ente territorial para que el prestador pueda realizar la declaración,
- Recepcionar la declaración revisando la conformidad de los documentos, formalizar el registro de prestadores, asignar código al prestador y habilitar al prestador.
- Conformar la base de datos de prestadores registrados.
- Analizar la información con el fin de identificar la cobertura de la declaración, preparar la verificación y conocer la oferta de servicios.
- Remitir esta información al nivel nacional para que se realice la consolidación a nivel nacional.
- Actualizar la base de datos para mantener la información real sobre la oferta.

**Proceso de verificación:** se realiza por parte del equipo de verificación:

- Planear la visita al prestador: se envía comunicación previa al prestador con 5 días hábiles antes de la visita.
- Impresión de los formatos de verificación: se deben imprimir los formatos específicos para la entidad a visitar, con base en los servicios declarados por el prestador y utilizar los instrumentos y manuales diseñados.
- Ejecución de la visita: se hace la visita en la sede del prestador y se aplica el manual de entrenamiento diseñado para tal efecto.
- Elaboración y presentación de informes de verificación: por parte del grupo verificador se realiza un informe donde se dan a conocer los resultados de la visita, decidir conductas e incorporar resultados al sistema de

información, mediante la aplicación de los formatos del instrumento de verificación diligenciados en medio magnético.

- Conformación del sistema de información: con la presentación de los informes de verificación la dirección departamental o distrital de salud implementa indicadores de seguimiento al cronograma, cobertura de verificación, estándares que son incumplidos y utilizar la información para simplificar la verificación de reapertura de una entidad en caso de que comunique el cumplimiento del estándar.
- Aplicación de conductas: máximo tres días después de recibido el informe del grupo de profesionales de verificación la dirección departamental o distrital de salud expide una resolución.
- Conformación del sistema de información: cuando se encuentre en firme el acto administrativo de aplicación de la conducta la dirección departamental de salud incorpora en el sistema de información las conductas aplicadas, a que entidades y a que servicios.
- Seguimiento local a la implementación del proceso: de forma mensual la dirección departamental de salud evalúa la implementación del sistema de habilitación de acuerdo al cronograma establecido utilizando las bases de datos con las actividades realizadas.
- Reporte de información a nivel nacional: la dirección departamental de salud utiliza los formatos definidos por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud para que se haga seguimiento a la implementación de los requisitos establecidos.

### **Proceso de Conductas:**

- Con base en los instrumentos de verificación y el acta de visita, se realiza el informe de visita a la jefatura de vigilancia y control.
- La jefatura se encarga de realizar el análisis del informe desde la recepción del informe máximo doce días hábiles debe quedar tiempo para concertar con verificadores y elaborar los actos administrativos correspondientes para tomar decisiones sobre conductas de cierre.
- La concertación con los verificadores en caso de que no se este de acuerdo con la propuesta de conductas la Jefatura de vigilancia y control realiza

reunión de verificadores para discusión de puntos de controversia, tomando como parámetro el manual de verificación de requisitos.

- Si se establece el cierre temporal y apertura de investigación en el caso de incumplimiento de estándares se expide el acto administrativo por parte de la Entidad territorial de salud.
- La notificación del acto administrativo se debe entregar tres días hábiles siguientes a su expedición al prestador de servicios que incumple los requisitos.
- Si la conducta a adoptar es cierre de los servicios en servicios hospitalarios con pacientes internados se debe elaborar un plan de traslado de pacientes con la entidad territorial de salud.
- Registro del cierre en el sistema de información: después de la notificación formal del acto se debe alimentar el sistema de información para el numerador del indicador de porcentaje de instituciones cerradas.
- Si dentro de los tres meses siguientes se da solicitud del prestador de verificación de los requisitos para permitir el funcionamiento si cumple con los requisitos en lo posible se debe verificar por el mismo que definió el incumplimiento.
- En caso de cumplimiento de los requisitos se oficia al prestador informando del cumplimiento y si hubo investigación se informa del cierre de la investigación.

**Proceso de Monitorización y seguimiento a la implementación del sistema de habilitación.** El seguimiento a la implementación del sistema de habilitación, se realizará de manera estricta durante los seis primeros meses, a partir del siguiente mes de su formulación. Mensualmente, durante los primeros seis meses y posteriormente de manera semestral, se realizará seguimientos mediante los indicadores de número de instituciones y servicios cerrados, número de prestadores registrados, porcentaje de verificación de instituciones registradas. La fuente de información será el Sistema de Información en su componente de oferta, que defina el Ministerio de Salud, para realizar el seguimiento desde el nivel nacional a todo el país. En el nivel regional, las direcciones departamentales y Distritales de salud implementarán éstos mismos indicadores en su ámbito de jurisdicción y adicionalmente realizarán un seguimiento puntual a los estándares, con los indicadores cumplimiento y verificación de estándares.

La medición del impacto, se realizará en conjunto con todo el Sistema de Garantía de Calidad, mediante los indicadores definidos en el componente del Sistema de Información a usuarios

### 3. DESCRIPCION DE LA ENTIDAD

#### 3.1 RESEÑA HISTÓRICA DE CORPOMÉDICA

**"LA CORPORACIÓN MÉDICA DEL CAQUETÁ –CORPOMÉDICA-**, nace como una entidad de derecho privado, cívica y sin ánimo de lucro, el 5 de octubre de 1995, mediante la Providencia Administrativa No. 121 emanada de la Gobernación del Caquetá y mediante la cual se otorga la Personería Jurídica, se registran sus estatutos en la Notaria Segunda del Círculo de Florencia el 7 de septiembre de 1995 y es inscrita en la Cámara de Comercio de Florencia el 10 de diciembre de 1998 bajo el No. 749 del libro respectivo, su número de identificación tributaria es 08280000731 y su dirección es la carrera 9 No. 8-46 barrio el Prado, Florencia, Caquetá" <sup>(1)</sup>.

Una Corporación se define jurídicamente como un ente jurídico sin ánimo de lucro que nace de la voluntad de varios asociados o corporados, personas naturales o jurídicas con el fin de buscar el beneficio físico, moral o intelectual de sus asociados o de la comunidad. **CORPOMEDICA** es una entidad sin animo de lucro, es decir, no busca ni pretende repartir las utilidades obtenidas en desarrollo de su objeto social entre sus socios, sino incrementar su patrimonio con el fin de crecer y poder cumplir la misión y objetivos propuestos, que son de beneficio social, ya sea de sus propios socios o de la comunidad en general.

Sus 26 socios fundadores realizaron aportes por \$200.000 cada uno, para un total del Fondo Inicial de \$5.200.000; **CORPOMEDICA** fue constituida como una empresa paralela a **CONSALUD S.A. I.P.S.**, (sociedad anónima propiedad de los mismos socios de **CORPOMEDICA**) para la canalización de recursos y ejecución de proyectos de interés comunitarios en salud, para lo cual su objeto social se definió así: *"Como entidad sin animo de lucro la Corporación tendrá como finalidad en el desarrollo de sus actividades la realización de: Prestación de Servicios Medico – asistenciales a entidades públicas, oficiales, privadas y a personas particulares, ser agentes de empresas de medicina prepagada, adquirir, usufructuar, gravar, dar o tomar en arrendamiento o a otro título toda clase de bienes muebles e inmuebles y enajenarlos cuando por razones de necesidad o de conveniencia fuere aconsejable; tomar dinero mutuo, dar en garantía sus bienes muebles o inmuebles y celebrar todas las operaciones de crédito que le permitan obtener los fondos u otros activos necesarios para el desarrollo de la Corporación conforme a la Ley; constituir compañías filiales para el establecimiento de empresas destinadas a la*

---

<sup>1</sup> Certificado de Existencia y Representación Legal de CORPOMEDICA I.P.S.

*realización de las actividades comprendidas en el objeto de la Corporación; importar toda clase de elementos, insumos, maquinaria y/o equipos destinadas a realizar el objeto de la corporación y en general, celebrar y ejecutar toda clase de contratos, actos u operaciones sobre bienes muebles o inmuebles, de carácter civil o comercial y todas aquellas que tengan como finalidad, ejercer los derechos y cumplir las obligaciones legales o convencionales derivadas de la existencia y de actividades desarrolladas por la corporación” (2) .*

La administración y dirección de **CORPOMEDICA** inicialmente estuvo a cargo del doctor **ALFREDO DE JESUS CAMPBELL SILVA** y un Consejo de Administración conformado por el doctor **DAGOBERTO GIRALDO ALZATE**, el doctor **ARMANDO ROJAS CADENA**, el doctor **JORGE ENRIQUE CUBILLOS MARIÑO**, la doctora **NUBIA STELLA ESCOVAR RIVERA** y el doctor **GABRIEL VARGAS FLOREZ**. Posteriormente ejerce la función de director en el año 2001 el doctor **YAMIL HERNANDO RIVERA CORTES**, con cambio de miembros del Consejo de Administración y desde el año 2003 la dirección la ocupa la doctora **MARTHA LILIANA ESPINEL GARNICA**.

**CORPOMEDICA** en los años 1995, 1996 y 1997 no realizó ningún tipo de operaciones ni actividad, a partir de 1998 fue utilizada como Fondo de Empleados de **CONSALUD S.A.** y prestó algunos servicios como fotocopidora y cafetería, actividades que desaparecen a partir del año 2000 y nuevamente se estanca su operatividad hasta el mes de febrero del año 2003 cuando **CONSALUD S.A.** recibe la notificación de parte de **COOMEVA E.P.S.** donde se informa que por disposición del decreto 050 de 2003 no será posible continuar capitando los tres niveles de complejidad en un solo contrato y se decide tomar como opción asumir el contrato por capitación del I nivel de atención a través de **CORPOMEDICA**, circunstancia que implicó una reforma estatutaria en la Asamblea de Miembros Activos realizada en el mes de abril del año 2003 con la adición de artículos que condicionan la calidad de miembros activos, dicha decisión dio como resultados que la mayoría de socios fundadores perdieran sus derechos a participar en la corporación y que se diera vía libre al ingreso del personal que actualmente labora con la entidad como miembro activo.

**CORPOMEDICA** se inscribe como institución prestadora de servicios de salud en el Instituto Departamental de Salud del Caquetá el día 2 de Julio de 2003 -, identificándose con el número de prestador 18 07001 y declarando la prestación de los siguientes servicios:

---

<sup>2</sup> Acta de Constitución CORPOMEDICA I.P.S.

## **CONSULTA EXTERNA**

MEDICINA GENERAL

NUTRICION Y DIETETICA

ODONTOLOGIA

TERAPIA RESPIRATORIA

OTRAS CONSULTAS PROMOCION Y PREVENCIÓN <sup>(3)</sup>.

## **3.2 CULTURA CORPORATIVA**

**3.2.1 Misión.** “La familia de **CORPOMEDICA IPS** desarrolla y presta servicios médico asistenciales correspondientes al I nivel de complejidad a las familias afiliadas a **COOMEVA E.P.S.** en el departamento del Caquetá; a través de los programas de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad, soportado en el talento humano calificado, la sensibilidad social, la ética, la calidad, la tecnología y el servicio al cliente; garantizando crecimiento, rentabilidad y supervivencia gracias al liderazgo que ostenta **CORPOMEDICA** en el mejoramiento de la calidad de vida de sus clientes, colaboradores y comunidad” <sup>(4)</sup>.

**3.2.2 Visión.** “Seremos dentro de 5 años, la entidad con calidad humana de mayor prestigio en la prestación de servicios de salud, respaldados por un equipo humano formado integralmente en conocimientos profesionales, técnicos y del servicio al cliente, y por la capacidad física y tecnológica de nuestra infraestructura.

### **3.2.3 Principios Corporativos:**

**Ética:** Todos los procesos que se desarrollen en la entidad, dentro de la cadena de prestación del servicio tendrán como característica principal el respeto por la dignidad humana y el desarrollo transparente y oportuno de la actividad profesional.

**Honestidad:** Los procesos organizacionales se realizarán con honestidad, transparencia y equidad, con el fin de garantizar un excelente servicio, obteniendo la confianza de nuestros usuarios. Nuestros colaboradores se caracterizarán por la forma correcta de actuar (palabras y acciones), para que tanto clientes externos como internos, sientan que están recibiendo lo que realmente han solicitado.

---

<sup>3</sup> Instituto Departamental de Salud. Certificado de la Presentación de la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. 2 de Julio de 2003.

<sup>4</sup> Portafolio de Servicios de CORPOMEDICA I.P.S.

**Servicio al Cliente:** Nuestro “deber ser” esta encaminado hacia la prestación humanizada del servicio, fomentando una relación recíproca tanto con los clientes internos como externos; servir al cliente es un compromiso de todos.

**Responsabilidad:** Para la familia de **CORPOMEDICA** IPS, la responsabilidad es cumplir con los compromisos y las obligaciones adquiridas tanto a nivel institucional como personal; para que exista un alto grado de satisfacción en el cliente interno y externo, proveedores, socios y la comunidad en general.

**Respeto:** La organización propenderá por el trato digno de su equipo humano y de sus usuarios, reconociendo las diferencias, sus creencias y sus derechos. Tanto la prestación del servicio, como la realización de las actividades diarias y la convivencia se deben fundamentar en el respeto de las libertades y los derechos para que cada persona se sienta que es importante para la institución” <sup>(5)</sup>.

### 3.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

**CORPOMEDICA** tiene diseñada una estructura organizacional jerárquica, a pesar de ser cuestionada por características como su comunicación vertical, estructura jerárquica, controles administrativos y el desarrollo de trabajos específicos se ha manejado en la entidad y ha permitido organizar de forma sistémica algunas de las áreas que la conforman. De igual manera, se realizan actividades aisladas tendientes a desarrollar metodologías que permitan la participación de todos los equipos de trabajo en la planeación y el desarrollo de cada servicio.

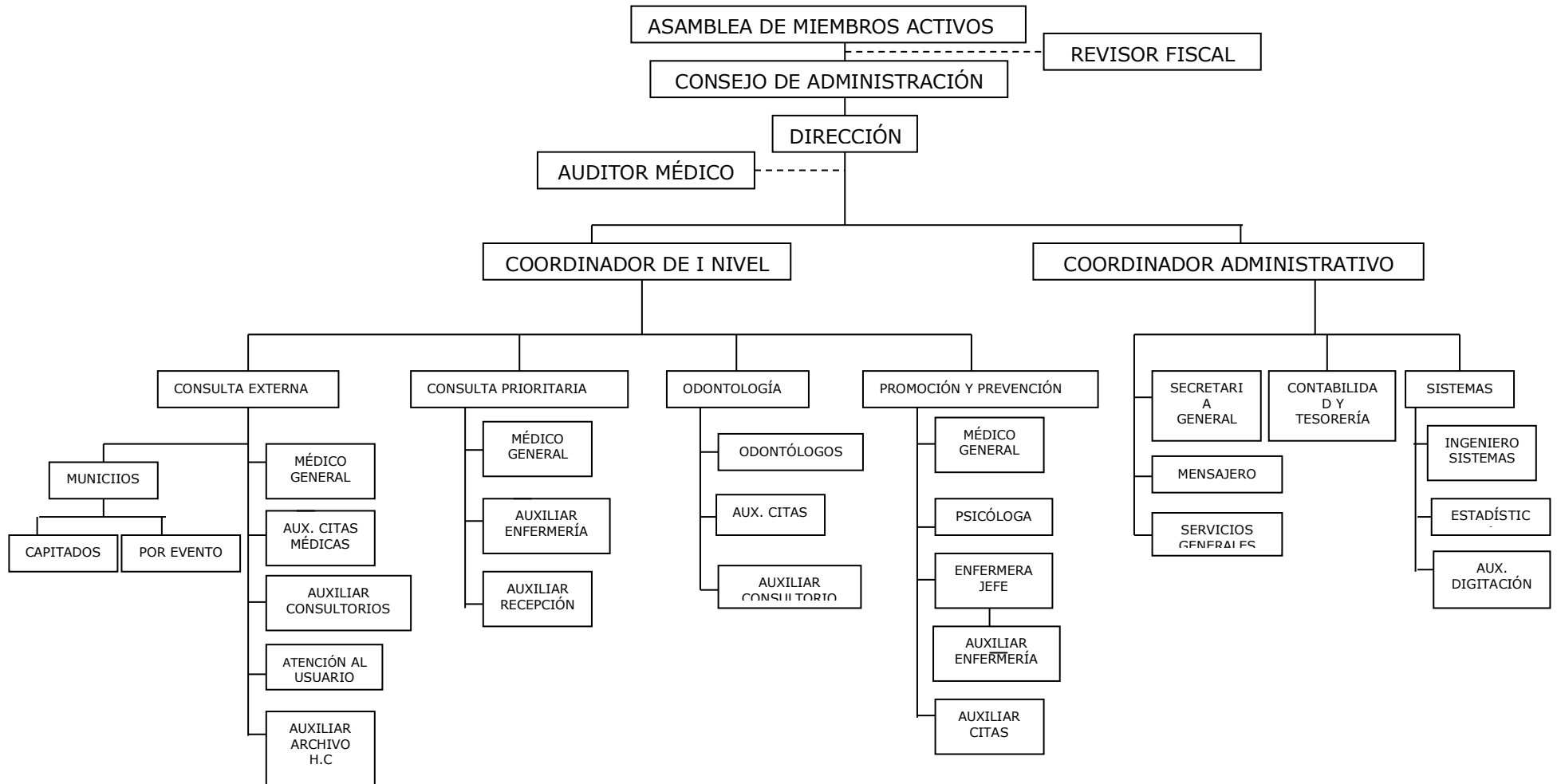
En el Organigrama (Ver figura 1.) se identifican cada una de las áreas de **CORPOMEDICA**. Por efecto de la constitución legal de la entidad y sus estatutos el órgano con mayor poder decisivo en la organización es la Asamblea General de Miembros Activos, la cual se reúne de forma ordinaria una vez al año y de forma extraordinaria cuando existen asuntos que generen su convocatoria.

De igual manera, los estatutos estipulan el funcionamiento del Consejo de Administración conformado por cinco delegados que se eligen en la Asamblea General ordinaria de miembros activos por un período de dos años, a su vez este órgano tiene la responsabilidad de elegir el Director y Representante Legal, cargo de libre nombramiento y remoción, para que conjuntamente diseñen y establezcan las políticas de la corporación.

---

<sup>5</sup> Portafolio de Servicios de CORPOMEDICA I.P.S.

Figura 1. ORGANIGRAMA  
CORPORACIÓN MÉDICA DEL CAQUETÁ IPS



## **PROPUESTA DE LA ESTRUCTURA Y ORGANIGRAMA PARA LA CORPORACIÓN MÉDICA DEL CAQUETÁ IPS "CORPOMÉDICA IPS"**

Los gerentes reestructuran cada vez más sus organizaciones y tratan de hacerlas más orgánicas, impulsados por la fuerzas del mercado en las que cabe mencionar la incertidumbre ambiental, la competencia global, la acelerada innovación de productos por parte de todos los competidores y el incremento en las demandas de los consumidores por mayor calidad y entregas más rápidas; ante las cuales, las organizaciones mecanicistas tienden a estar mas equipadas para responder a tales cambios rápidos del ambiente.

La estructura tradicional de las empresas se ha visto amenazada desde el inicio de la segunda mitad del siglo XX, con el avance de la tecnología y la utilización de nuevos conceptos gerenciales. La administración y la Gerencia han tenido que ajustarse a los nuevos paradigmas y así asegurar la permanencia de las Empresas en el convulsionado y cambiante mundo de hoy<sup>6</sup>.

Por lo anterior las organizaciones requieren de unidades flexibles y autónomas, dentro de una estructura basada en equipos que rompa las barreras departamentales, haciendo a la organización más horizontal que vertical y descentralizando la toma de decisiones hasta el nivel del equipo de trabajo<sup>7</sup>.

Con base en el criterio de que *la estructura sigue a la estrategia*, como condición necesaria; se requiere conocer la estrategia actual de CORPOMÉDICA IPS para diseñar una estructura coherente.

"La estrategia que en la actualidad implementa CORPOMÉDICA IPS es la del *Servicio al Cliente*, que consiste en ofrecer un servicio integral al cliente. El objetivo principal es que en la ventanilla o en el teléfono al que el usuario se comunice para obtener información esté en capacidad para responder las inquietudes y ofrecer la información veraz, así no corresponda a su área".

Por lo anterior la implementación de esta estrategia requiere de una estructura donde los procesos no sean escalonados, ni complicados y haya una comunicación multidireccional, derribando las barreras que exigen las organizaciones "burocráticas" y que retardan los procesos.

---

<sup>6</sup> Modelo Circular. Internet. SOCORRO, Felix, Especialista en Gerencia.<http://www.google.com>

<sup>7</sup> STEPHEN P. Robbins. La administración en el Mundo de hoy. México: Edit Prentree may, 1998., p.204-211.

**TIPO DE ESTRUCTURA PROPUESTA.** La Gerencia tradicional se apoya en una estructura piramidal que en la actualidad es fuertemente cuestionada. La mayoría de los investigadores apuntan a las *organizaciones planas* como el esquema de las Empresas del mañana.

El modelo Circular que es el que se presenta para la Empresa CORPOMÉDICA IPS es un modelo reciente que desafía tanto al esquema piramidal como el horizontal. Este nuevo enfoque fue bautizado con el nombre de *Zeitgeist Gerencial*, palabra que significa "espíritu joven", ajustado a la nueva era gerencial. Este modelo es el resultado de la necesidad misma del ser humano por alcanzar sus metas, de la práctica en su más simple expresión de lo que hoy llaman las *alianzas estratégicas*.

En el presente modelo las líneas de mando verticales no existen, sino que la propuesta se orienta a un ESQUEMA CIRCULAR, compuesto por especialistas, combinado de esta forma con el tipo de *Estructura Funcional*, donde el criterio fundamental que se tiene en cuenta para dividir las responsabilidades es la especialización de los conocimientos.

En el esquema circular la posición más alta (Cargos Directivos) ocupa el centro o diana de los círculos concéntricos. Las funciones que forman la estructura se agrupan alrededor de este centro, mientras más importante sea la función, más cerca estará del centro. Las posiciones de importancia relativamente igual se localizan a la misma distancia del centro, esto es, en el mismo círculo concéntrico. Las líneas negras que unen los bloques que representan las funciones, indican los canales de autoridad formal lo mismo que en las cartas de organización u organigramas convencionales.

Cuadro No. 1 Diferencias entre las estructuras piramidal, horizontal, y circular son:

|                                   | <b>ORGANIZACIÓN<br/>PIRAMIDAL</b> | <b>ORGANIZACIÓN<br/>HORIZONTAL</b> | <b>ORGANIZACIÓN<br/>CIRCULAR</b>          |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>ESTRUCTURA</b>                 | Jerárquica                        | Interconectada                     | Interrelación                             |
| <b>ALCANCE</b>                    | Interno/Cerrado                   | Externo/Abierto                    | Interno/Externo/Abierto                   |
| <b>RECURSO<br/>PRINCIPAL</b>      | Capital                           | Personas/Información               | Personas/manejo de la<br>información      |
| <b>ESTADO</b>                     | Estable, estático                 | Dinámico/Cambiante                 | Expansivo/Global                          |
| <b>PUNTO CENTRAL</b>              | Directivos                        | Profesionales                      | Especialistas                             |
| <b>MOTIVADORES<br/>CLAVES</b>     | Premio, Castigo                   | Compromiso                         | Involucramiento                           |
| <b>DIRECCIÓN</b>                  | Controles<br>administrativos      | Autoadministración                 | Autogestión<br>intradisciplinaria         |
| <b>BASE DE ACCIÓN</b>             | Control                           | Autorización para actuar           | Poder de decisión                         |
| <b>MOTIVACIÓN<br/>INDIVIDUAL</b>  | Satisfacer a los<br>superiores    | Lograr objetivos en equipo         | Aprendizaje y<br>perfeccionamiento        |
| <b>APRENDIZAJE</b>                | Trabajo específico                | De muchas capacidades              | Coincidencia de<br>resultados             |
| <b>COMPENSACIÓN</b>               | Por jerarquía                     | Por<br>compromiso/Competencia      | Por nivel de<br>participación/ Valor      |
| <b>BASES RELACIÓN</b>             | Competitiva (Mi<br>grupo)         | Cooperativa(Nuestro<br>desafío)    | Integración de metas<br>(Nuestra empresa) |
| <b>ACTITUD DEL<br/>EMPLEADO</b>   | Indiferencia                      | Identificación                     | Proactividad                              |
| <b>EXIGENCIAS<br/>PRINCIPALES</b> | Administración<br>dominante       | Liderazgo                          | Trabajo en equipo                         |
| <b>COMUNICACIÓN</b>               | Vertical (Hacia<br>abajo)         | Bidireccional                      | Multidireccional                          |
| <b>RETROALIMENTACIÓN</b>          | Escasa                            | Tardía                             | Inmediata                                 |

FUENTE: Modelo Circular. Internet. SOCORRO, Felix, Especialista en Gerencia.<http://www.google.com>

Ventajas: Entre las ventajas que posee el organigrama circular, están:

- Dan una idea gráfica de cómo irradia la autoridad del jefe supremo del centro a la periferia, en muchas direcciones.
- Muestra claramente las funciones de igual importancia relativa.
- Utilizan una sola dimensión, o sea la distancia del centro para indicar la importancia relativa funcional (se eliminan las confusas designaciones de "*debajo de*" y "*arriba de*").

- Eliminan conceptos desagradables tales como el de que alguien esté “*en el fondo*” y otro “*en la cumbre*” de la organización, puesto que la carta circular puede ser vista desde cualquier dirección”<sup>8</sup>
- Permite con mayor facilidad el desarrollo de la globalización, ya que las empresas tienden a especializarse, por tanto son más competitivas.
- El outsourcing se fortalecerá dando cabida a las pequeñas y medianas empresas, las que serán los entes ejecutores.
- Permite una comunicación abierta, directa, inmediata y multidireccional<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> TERRY, George R, Ph.D. Principios de la Administración y Relaciones de la Organización. México: Edit. Continental S.A, 1971., p. 444-445.

<sup>9</sup> Modelo Circular. Internet. SOCORRO, Felix, Especialista en Gerencia.<http://www.google.com>

**Figura ORGANIGRAMA CIRCULAR CORPOMÉDICA I.P.S.**

**3.3.1 Gerencia.** Actúa como representante legal y dentro de sus funciones esta el manejo de la contratación recursos económicos de la entidad y la dirección del desarrollo de los planes de mejoramiento.

**3.3.2 Auditoria Medica.** Es un asesor de la Gerencia que tiene como labor el análisis de los indicadores de la gestión de la entidad, la evaluación de cada uno de los procesos asistenciales y de contratación con otros prestadores la presentación de informes y recomendaciones con respecto a la prestación del servicio. De acuerdo al modelo de atención de la E.P.S. de COOMEVA esta área debiera corresponder a un profesional médico con especialización en Auditoria en Salud debidamente capacitado por la E.P.S. en el modelo de auditoria y deberá respetar las normas y políticas de la EPS establecidas para el desempeño de esta actividad.

**3.3.3. Coordinación de I nivel.** Comprende cuatro grandes áreas de servicio, Consulta Médica General, Consulta Prioritaria, Consulta general Odontológica y las actividades de los programas de Promoción y Prevención.

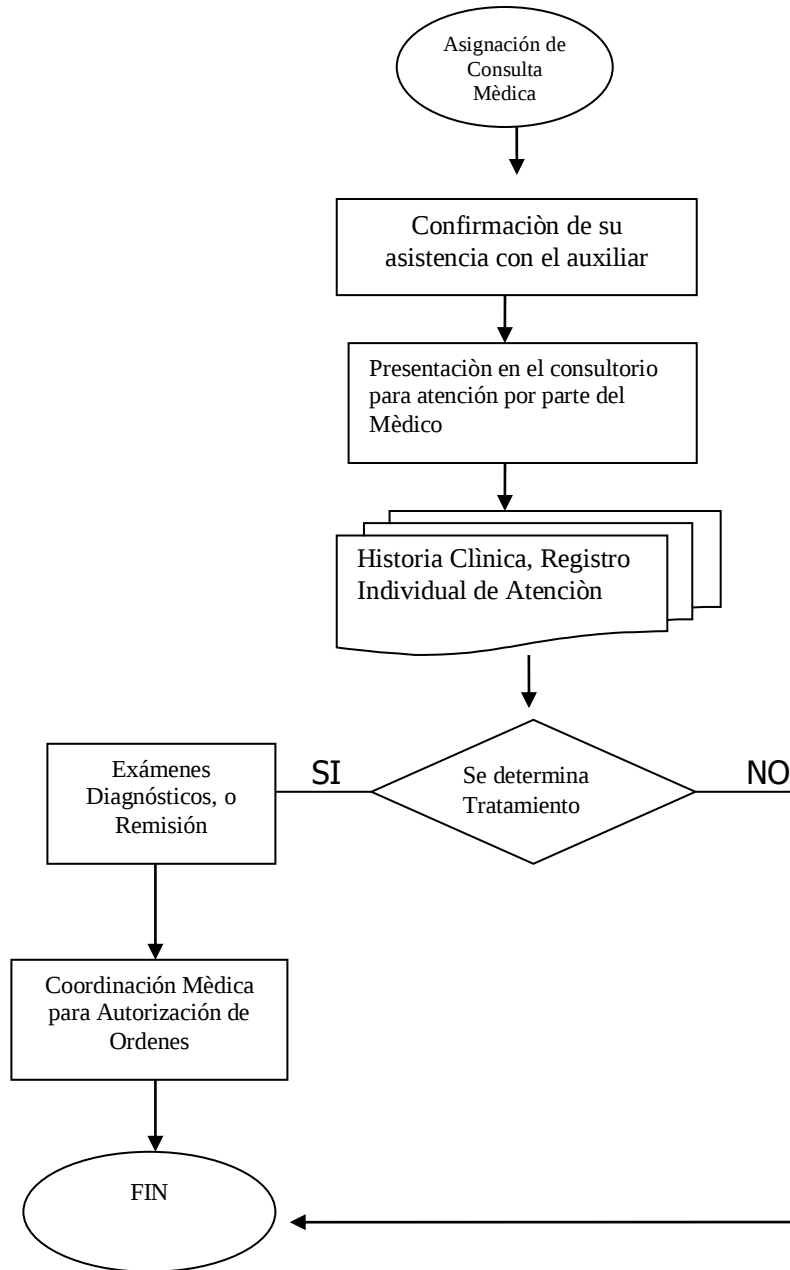
**3.3.3.1 Consulta Médica General:** Desarrollada por 19 médicos generales que garantizan la disponibilidad aproximada de 72 horas día/mes, lo que representa la atención de 288 pacientes al día y permite mantener un indicador de oportunidad de 18 horas. El servicio de consulta se realiza en cinco consultorios médicos dentro de la entidad y dos por fuera de la entidad, el horario de atención se extiende desde las 6:00a.m. hasta las 8:00pm de lunes a viernes. Es implementado de acuerdo al modelo de atención de la E.P.S. COOMEVA el medico general debe manejar la atención del afiliado permitiendo siempre el enfoque familiar, apoyado por un grupo multidisciplinario en donde el eje central son los Programas de Promoción y Prevención.

El proceso de atención del área de Consulta Médica General se visualiza en el Flujograma (Ver figura 3).

**3.3.3.2 Consulta Prioritaria:** Esta área pretende descongestionar la consulta por el servicio de urgencias de los usuarios que presentan patologías no clasificadas como urgencia vital, la realizan tres médicos generales en tres turnos diarios que cubren el servicio desde las 6:30a.m. hasta las 9:00p.m. de lunes a viernes y los sábados de 8:00a.m. a 6:00p.m. apoyados por una auxiliar de enfermería por turno, este servicio también incluye seis camas para rehidratación u observación, dos pediátricas y cuatro para adultos.

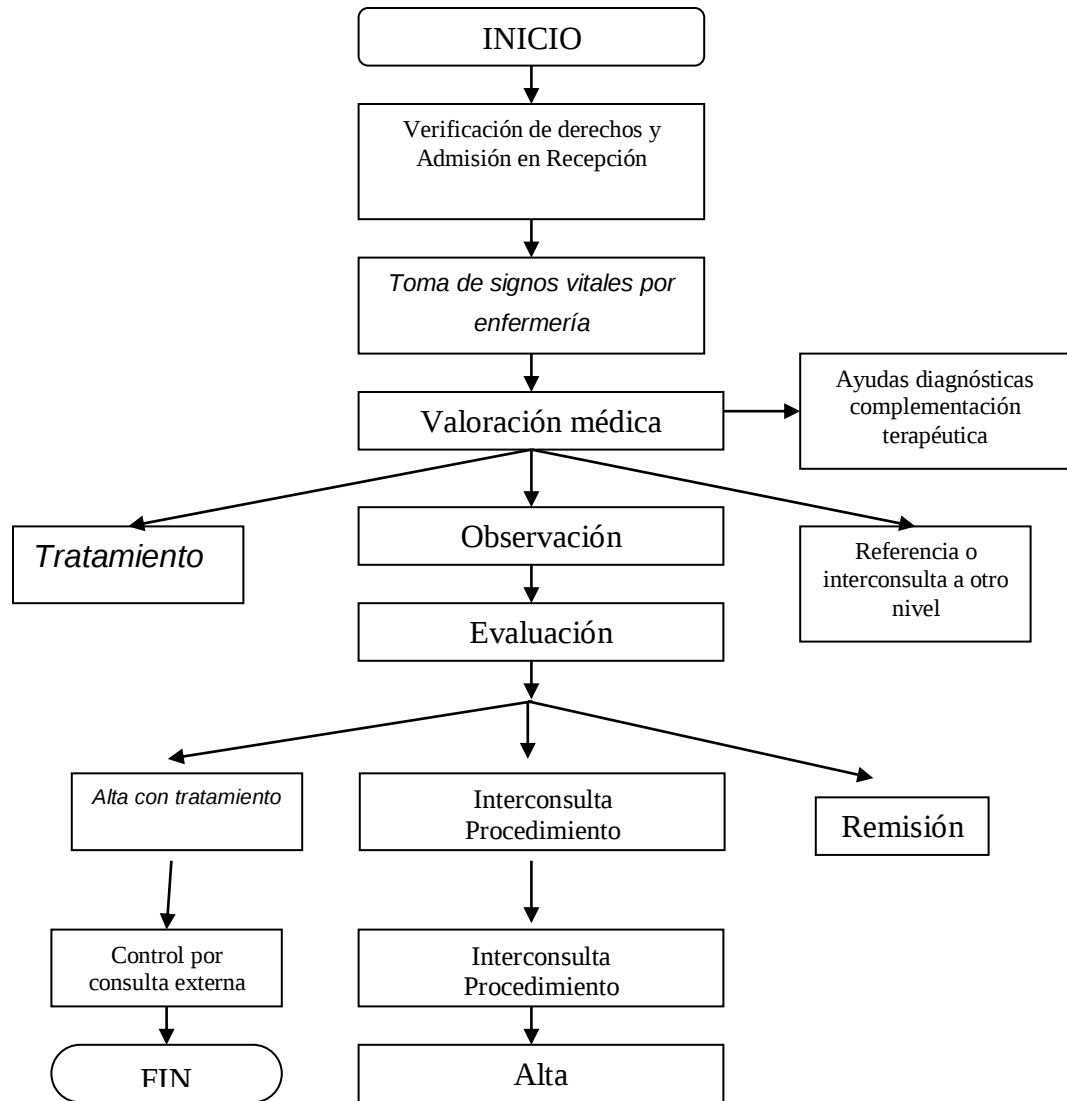
Flujograma de Consulta Prioritaria: (Ver figura 4)

Figura 3. FLUJOGRAMA DE CONSULTA MEDICINA GENERAL



Fuente. Manual de Procesos y Procedimientos de CORPOMÈDICA I.P.S.

Figura 4. FLUJOGRAMA PARA EL PROCEDIMIENTO DE ATENCION DEL SERVICIO DE CONSULTA PRIORITARIA



Fuente. Manual de Procesos y Procedimientos de **CORPOMEDICA** I.P.S.

**Visión:** “seremos en cinco años el área mejor organizada física y tecnológicamente para la atención primaria del usuario, formada por un equipo de colaboradores responsables capacitados y orientados a prestar un servicio al cliente de excelente calidad”.

**3.3.3.3 Consulta General Odontológica:** Esta área se destaca dentro de la corporación por ser una de las más organizadas y generar un buen impacto en términos de servicio frente al usuario, incluye actividades de educación, motivación y prevención, las cuales serán de carácter obligatorio y se brindarán a todo paciente que inicie su atención, el servicio se presta de lunes a viernes desde las 6:00a.m. hasta las 8:00p.m. y los sábados desde las 7:00a.m. hasta las 12:00m., los sábados en la tarde y domingos se cuenta con turnos de disponibilidades para las urgencias. Cuenta con 11 odontólogos, apoyados por cuatro auxiliares de consultorio odontológico que garantizan la prestación diaria de 73 horas/día/ mes odontólogo que se refleja en la disponibilidad de 219 citas para consultas de primera vez y tratamientos, la oportunidad se encuentra a 48 horas. Flujograma de la Consulta Odontológica (Ver Figura 5).

**Misión:** “En odontología, prestamos servicios de salud oral, buscando satisfacer las necesidades de nuestros usuarios con ética, calidad, honestidad y respeto; con personal calificado que desarrolla sus actividades en las instalaciones oficiales de la empresa, con su respectiva dotación de equipos de alta calidad”.

**Visión:** Hacia el 2008 seremos el área con mayor desarrollo técnico-científico y humano, con procesos y procedimientos establecidos que satisfagan la necesidad del usuario, logrando de esta manera un balance social y económico.

**3.3.3.4 Promoción y Prevención:** las actividades asistenciales de Promoción y Prevención se deben ejecutar y administrar a través de PROGRAMAS INTEGRALES, según el ciclo vital de los Afiliados y en eventos susceptibles de riesgo en la vida de la mujer y del hombre. Esta dividido en dos grupos, un grupo intramural conformado por un ginecólogo, cinco médicos generales, una enfermera profesional, una sofróloga, una psicóloga, una fonoaudióloga, un nutricionista, cuatro auxiliares de enfermería y dos higienistas orales, que desarrollan actividades en los programas de Detección de alteraciones del Crecimiento y Desarrollo, Detección de alteraciones del embarazo, Atención al Joven, Atención al Adulto, Atención al puerperio, Atención al recién nacido, Control del paciente Diabético, Control del paciente hipertenso, Vacunación, Atención de enfermedades de salud pública, Planificación familiar hombres y mujeres, Enfermedades de Transmisión sexual e Higiene Oral.

El grupo extramural está conformado por una enfermera jefe, una psicóloga y un auxiliar de enfermería, desarrollan actividades dentro de los programas ofrecidos en el grupo intramural, pero a nivel de empresas o municipios, para lo cual, elaboran un cronograma de actividades, que busca fortalecer el cumplimiento de metas de los programas a través de las estrategias de demanda inducida.

La gestión de Promoción y Prevención debe propender por: (modelo de atención de COOMEVA E.P.S.):

- Mejorar la calidad de vida de los afiliados de la I.P.S.
- La eficiencia económica de CORPOMÉDICA.
- Transformación cultural de salud en los afiliados y funcionarios de CORPOMÉDICA.
- Mayor participación de la población en los programas (impacto en coberturas).
- La caracterización de las Familias y el perfil epidemiológico de la población.
- Adherencia de los afiliados a los programas.
- Desarrollo institucional e infraestructura de la I.P.S.
- Información precisa confiable y oportuna de la gestión.
- Funcionarios de campo con vocación para servir, educar y comprometidos con la gestión y su mejoramiento.

**Misión:** “Nuestro equipo de promoción de CORPOMÉDICA-UBA, brinda programas encaminados a promocionar la salud para disminuir el riesgo de la enfermedad, a toda nuestra población, por medio de la enseñanza de estilos de vida saludables. Para esta misión contamos con personal calificado e idóneo con alta sensibilidad social, profesionalismo, ética y calidad, al momento de la prestación del servicio”.

**Visión:** “En cinco años el equipo de promoción y prevención nos proyectamos con un mayor número de personal interdisciplinario altamente calificado que permita brindar atención integral a nuestros usuarios en una infraestructura adecuada, confortable y exclusiva; teniendo como resultado la disminución del riesgo de enfermedad y mayor bienestar biopsicosocial de nuestra población usuaria”.

**3.3.4 Coordinación Administrativa:** Desempeña las funciones de administración de personal, y el manejo contable y financiero de la entidad con el apoyo del área de Tesorería. De igual manera, existen dos auxiliares de recobros para los eventos de accidente de tránsito, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales atendidos a los usuarios de **COOMEVA E.P.S.**

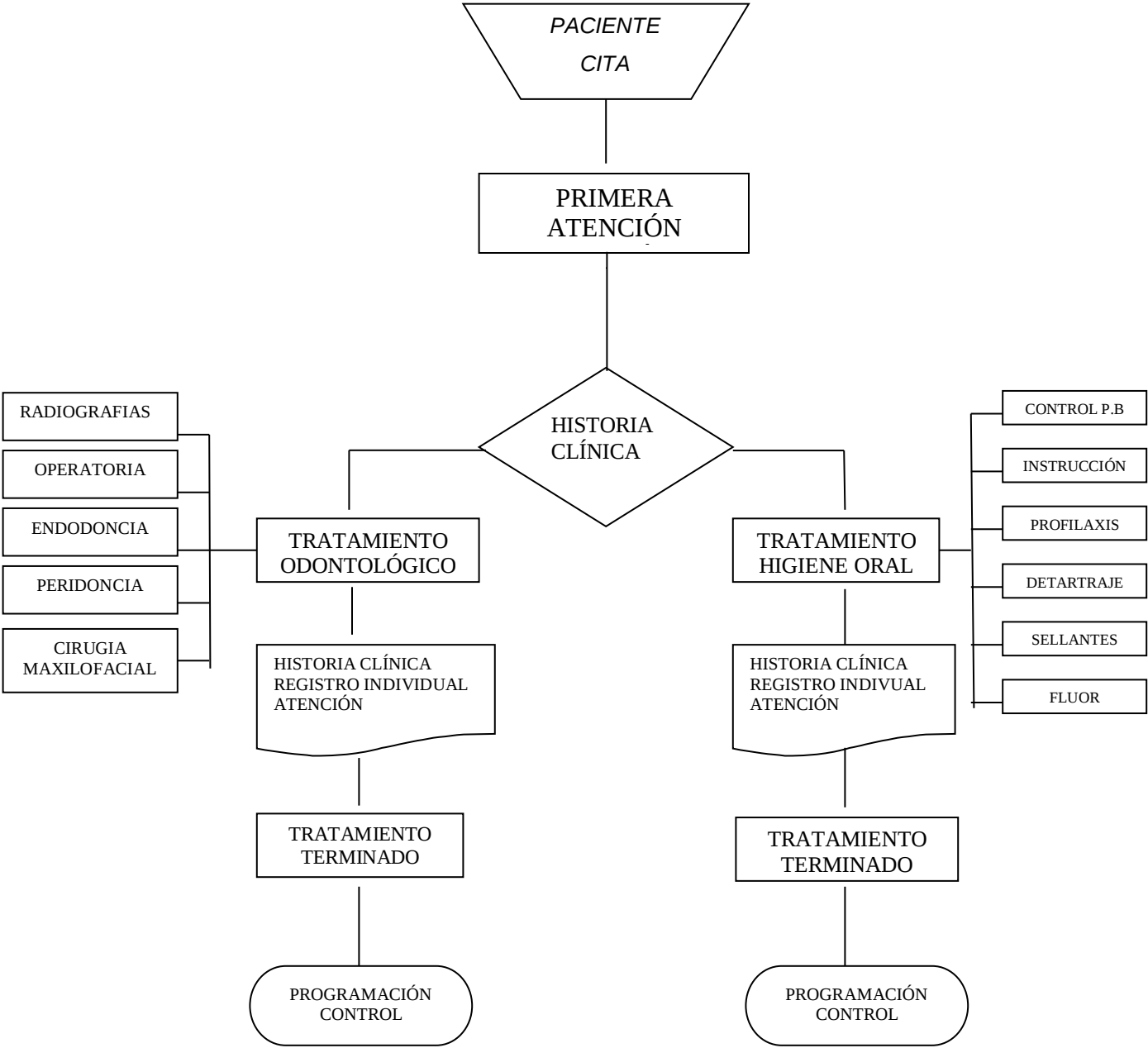
El área de servicios generales esta subcontratada con las empresas SURTIASEO y SERVIASEO y cubierta por dos aseadoras de lunes a sábado, en vigilancia privada se contrata con la empresa TELEVIGILANCIA con dos vigilantes que están disponibles de lunes a viernes de 6:00p.m. a 6:00a.m. y los sábados y domingos las 24 horas.

La **misión** del área administrativa es: brindar el apoyo técnico, logístico y financiero a todas las áreas operativas de la organización, a través de un equipo humano multidisciplinario con base en el respeto, la ética, la responsabilidad para responder eficaz y oportunamente a las necesidades administrativas.

La **visión** del área administrativa es: ofrecer en cinco años calidad y competitividad a nivel operativo y administrativo, dando herramientas que permitan a la institución el desarrollo comercial y posicionamiento en el mercado, a través de la información y el talento humano el cual trabaja cada día para ofrecer un buen servicio en el área.

**3.3.4.1 Facturación:** esta área desarrolla procesos de recaudo de cuotas moderadoras, copagos, por concepto de periodos de carencia, recepción de facturas de prestadores y proveedores, devolución de facturas por concepto de glosas, recobros a otras entidades. Es un área que esta a cargo del departamento de Contabilidad y Tesorería (Ver ANEXO A.)

Figura 5. FLUJOGRAMA DE CONSULTA DE ODONTOLOGIA



Fuente: Manual de Procesos y Procedimientos de CORPOMÈDICA I.P.S.

#### 4. ANALISIS DE LA PLANEACION ESTRATEGICA

El análisis FODA es un acrónimo de Fortalezas, Oportunidades, debilidades, Amenazas y ayuda a determinar si la organización está capacitada para desempeñarse en su medio, al encontrar el mejor acoplamiento entre las tendencias del medio, las oportunidades y amenazas y las capacidades internas, Fortalezas y Debilidades de la Empresa. Al diagnosticar se reconoce los problemas, se identifican las oportunidades y se establecen las necesidades más importantes a satisfacer.

Para ello es indispensable obtener y procesar información sobre el entorno con el fin de identificar allí oportunidades y amenazas, así como sobre las condiciones, fortalezas y debilidades internas de la organización. EL análisis de oportunidades y amenazas ha de conducir al análisis DOFA, el cual permitirá a la organización definir estrategias para aprovechar sus fortalezas, revisar y prevenir el efecto de sus debilidades, anticiparse y prepararse para aprovechar las oportunidades y prevenir oportunamente el efecto de las amenazas. Este análisis es el gran aporte del DOFA. <sup>(10)</sup>

Teniendo en cuenta lo anterior se opta por realizar el diagnóstico para la Empresa CORPOMÉDICA bajo la Metodología de Planeación Estratégica, a través de la herramienta de Análisis FODA (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas, Amenazas).

ANÁLISIS INTERNO: El análisis interno también es denominado *Perfil de Capacidad Interna (PCI)* de acuerdo a la Metodología de Planeación Estratégica, planteada por Humberto Serna Gómez. El análisis interno de una organización consiste en evaluar su situación presente.

El Perfil de Capacidad Interna de la Organización es un medio para evaluar las fortalezas y las debilidades de la Empresa en relación con las oportunidades y amenazas que le presenta el medio externo ( <sup>11</sup>)

*Las Fortalezas y Debilidades corresponden a una análisis de las cinco categoría que menciona el Perfil de Capacidad Interna que son:*

---

<sup>10</sup> SERNA Gómez, Humberto. Planeación y Gestión Estratégica. 4 ed. Bogotá: Ram Editores, 1996.

<sup>11</sup> SERNA GOMEZ, Humberto. Gerencia Estratégica. Bogotá : Séptima edición, Edit, 3R, 2000., p. 120.

1. Capacidad Directiva
2. Capacidad Competitiva o de Mercado
3. Capacidad Financiera
4. Capacidad Tecnológica (Producción)
5. Capacidad del Talento Humano

**ANÁLISIS EXTERNO:** El análisis externo también se conoce como el POAM (Perfil de oportunidades y amenazas en el medio). El medio se refiere a los factores que están fuera de la organización. Ello incluye las fuerzas, eventos y tendencias con los cuales la Empresa interactúa.

“El perfil de oportunidades y amenazas del medio (POAM) es la metodología que permite identificar y valorar las amenazas y oportunidades potenciales de una Empresa. Dependiendo de su impacto e importancia, un grupo estratégico puede determinar si un factor dado en el entorno constituye una amenaza o una oportunidad para la *empresa*”<sup>12</sup>.

El diagnóstico externo realiza un análisis de los siguientes factores:

1. Factores Económicos
2. Factores Políticos
3. Factores Sociales
4. Factores Tecnológicos
5. Factores Geográficos
6. Factores Competitivos

---

<sup>12</sup> Ibid., p. 41.

Cuadro 2. DOFA CORPOMÉDICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA</b><br><br><b>CORPOMEDICA</b><br><br><b>MATRIZ DE ANALISIS DE FACTORES</b><br><br><b>DOFA</b>                                                                                                                                                                                                                | <b>OPORTUNIDADES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>AMENAZAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1. Consolidarse como la primera I.P.S. del Departamento en la prestación de servicios del primer nivel de complejidad<br><br>2. Experiencia en el modelo de atención del primer nivel para licitar servicios a otras aseguradoras.<br>3.Apoyo administrativo y financiero de la E.P.S para mejoramiento de infraestructura y procesos                                                   | 1. Disminución de la UPC en al contratación por capitación de <b>COOMEVA E.P.S.</b><br><br>2. Prestación directa del I nivel de complejidad por parte de <b>COOMEVA E.P.S.</b><br><br>3. Disminución de la población capitada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>FORTALEZAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>ESTRATEGIAS FO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>ESTRATEGIAS FA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 1. Población capitada de 29.000 usuarios<br><br>2. Delegación de las funciones administrativas por parte de la Gerencia en los coordinadores de área.<br><br>3. Infraestructura Propia.<br><br>4. Red de Prestadores en el Departamento.<br><br>5.Diferenciación competitiva por la implementación de los programas de promoción y prevención. | 1. Diseñar el portafolio de servicios de las actividades del I Nivel de atención del POS, en las cuales se garantice un valor agregado o una diferencia competitiva en el mercado para futuras negociaciones.<br><br>2. Desarrollar una identidad corporativa a través de la publicidad y del mejoramiento de la infraestructura de la I.P.S., que le permita competir.                 | 1. Establecer una negociación concertada con la E.P.S con el fin de dar cumplimiento a las exigencias de la contratación, garantizando la asignación de la población y la renovación del contrato de capitación.<br>2. El mantenimiento de los usuarios garantiza la supervivencia económica de la entidad, por lo tanto se deben establecer mecanismos que permitan un seguimiento continuo de la satisfacción del usuario y el desarrollo de planes de mejoramiento para intervenir las áreas o aspectos de servicios que inciden en el nivel de satisfacción |
| <b>DEBILIDADES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>ESTRATEGIAS DO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>ESTRATEGIAS DA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 1. Proceso no documentados para la selección y vinculación del personal.<br><br>2. Deficiencias en la Administración del Archivo de Historias Clínicas.<br><br>3. Deficiencias del Sistema de Información.<br>4. Los ingresos dependen exclusivamente del contrato con <b>COOMEVA E.P.S.</b>                                                   | 1. Diseñar e implementar los procesos de selección y vinculación del personal que redunde en la calidad del cliente interno y se proyecte en la satisfacción del servicio de parte del usuario.<br><br>2.Aprovechar la experiencia en proceso de COOMEVA E.P.S. para realizar benchmarking en áreas como la Administración de Archivos de Historias Clínicas y Sistemas de Información. | 1. Auditar de forma continua la prestación de los servicios que realizan los contratistas de los municipios, con el fin de obtener información para la toma de decisiones o decidir que municipios son rentables para contratación y cuales representan un riesgo a la entidad.<br><br>2. Estudio del mercado para determinar las posibles opciones para prestar servicios de salud dentro y fuera del pos que generen ingresos adicionales representativos para la entidad.                                                                                    |

## 4.1 Análisis interno

- Fortalezas

**F1: *Estabilidad en el número de usuarios del servicio.*** La Empresa ha mantenido en los últimos dos años una estabilidad en el número de usuarios, cuyo promedio por capitación es de 29000 usuarios, considerándose que esta cifra es el tope de usuarios potenciales para acceder al Régimen Contributivo en el Departamento.

**F2: *Amplia delegación en colaboradores para la ejecución de los planes diseñados por la Alta Gerencia.*** El actual Equipo de Alta Gerencia de la Empresa, ha tenido un carácter participativo en lo que corresponde a la divulgación y ejecución de los planes que se coordinan entre la Gerencia y la Junta Directiva a través de la realización mensual de Comités de Gerencia con la participación de los coordinadores de cada área y los encargados del apoyo logístico y administrativo.

**F3: *Infraestructura propia y en proceso de adecuación.*** Las actuales instalaciones en las que funciona la entidad, son de su propiedad y se encuentran en un proceso de ampliación y adecuación principalmente del área administrativa, no obstante en enero del año 2004 se planea adecuar las áreas Médicas.

**F4: *Red de prestadores en todos los municipios del Departamento.*** La prestación del servicio médico asistencial correspondiente al I nivel de atención se tiene garantizada en todos los municipios del Departamento del Caquetá. En los municipios de Paujil, San Vicente y el Doncello, la prestación del servicio se realiza a través de clínicas privadas de propiedad de los socios de la Entidad, en Puerto Rico la empresa posee su propia sede y en los demás municipios se contrata con la Red Pública.

**F5: *Diferenciación competitiva en cuanto a la implementación de los Programas de Promoción y Prevención.*** En Florencia, municipio con mayor concentración de población ha sido un éxito la implementación de los programas de promoción y prevención, como son: Programa de Control del Diabético y el Hipertenso, Control Prenatal, Crecimiento y desarrollo, entre otros logrando disminuir notablemente los costos por atención en otros niveles por complicación de los usuarios con determinadas patologías y la aceptación de los usuarios, teniendo en cuenta que las demás E.P.S. no hacen suficiente énfasis en este servicio.

- Debilidades

**D1: *Procesos no documentados para la selección y vinculación del personal.*** En la entidad no existe políticas de personal claramente definidas, las actividades de la oficina de personal las asume la gerencia y delega algunas funciones a los colaboradores, sin embargo no se tiene proceso documentados sobre la selección de personal, capacitación, escala salarial y otros aspectos que mejorarían la cultura organizacional de la entidad. Hay que tener en cuenta que es una institución que presta servicios, los cuales se desarrollan a través de personas y son las que aportan los valores agregados a cada uno de los procesos, por lo tanto, el servicio se define en un 90% por la persona que lo presta.

**D2: *Deficiencias en la Administración del Archivo de Historias Clínicas.*** Los procesos correspondientes al archivo de historias clínicas no aplican de forma sistemática, lo que ocasiona problemas graves con respecto a la responsabilidad institucional de la custodia y manejo de las historias clínicas.

**D3. *Deficiencias del Sistema de Información.*** La entidad maneja su información de los servicios prestados a través de un programa que no ofrece posibilidades de exigencias diferentes a las planteadas en su adquisición, de igual manera, la información arrojada carece de credibilidad por cuanto las fuentes no son modificables y la información no se ajusta a las necesidades de la entidad. Deficiencia considerada como de mayor incidencia en la situación actual de la entidad pues para obtener información para la toma de decisiones en cuanto los costos o contratación se llevan a cabo procesos manuales los cuales son siempre oportunos.

**D4. *Los Ingresos dependen exclusivamente de COOMEVA E.P.S..*** El único contrato con el que cuenta **CORPOMEDICA** es la contratación por capitación para la prestación de servicios del primer nivel de complejidad a los usuarios de **COOMEVA E.P.S.** en el departamento del Caquetá, situación que genera incertidumbre sobre la supervivencia en el mercado.

## 4.2 Análisis externo

- Oportunidades

**O1: *Consolidarse como la primera I.P.S. del departamento en la prestación de servicios del primer nivel de complejidad.*** Corpomédica por ser una I.P.S. que maneja a más de 35.000 usuarios se caracteriza por su manejo completo e íntegro en los servicios del I Nivel en el departamento.

***O2: Aprovechar la experiencia en el modelo de atención del primer nivel para licitar servicios a otras aseguradoras.*** Teniendo en cuenta la experiencia en cuanto al manejo del I Nivel de atención se debe pretender incursionar en otros mercados que le sean atractivos y beneficiosos a la institución, como es la Salud Ocupacional, Planes complementarios, paquetes de servicios para exámenes de Ingreso y Egreso entre otros.

***O3: Apoyo administrativo y financiero de la E.P.S. para mejoramiento de Infraestructura y Procesos.*** COOMEVA a nivel nacional tiene gran experiencia en el manejo de los servicios de salud y ha realizado grandes inversiones en proyectos de sistemas de información y construcción de procesos que se han facilitado, hasta cierto nivel, a CORPOMEDICA a pesar de no tener una I.P.S. propia, de igual manera, se realizan acuerdos para mejoramiento de la infraestructura donde se apoya a través de anticipos de la capitación con intereses muy bajos y facilidades de pago.

- Amenazas

***A1: Disminución de la UPC en el contrato por capitación con COOMEVA E.P.S.*** De acuerdo a los ajustes de la contratación que se viene realizando con cada renovación del contrato de capitación, es evidente que la UPC de servicios como Odontología va a bajar, lo que representa un cambio significativo dentro de los ingresos de la entidad.

***A2: Posible prestación directa del primer nivel de complejidad por parte de COOMEVA E.P.S..*** Teniendo en cuenta la dependencia del contrato con COOMEVA E.P.S. y las exigencias a nivel de auditoría médica, tanto en las actividades ambulatorias como las de promoción y prevención, se presenta la amenaza de no renovación del contrato si no se cumple con cada uno de los criterios exigidos, lo que llevaría a que COOMEVA busque otras contrataciones para cubrir los servicios de primer nivel a su población.

***A3: Disminución de la población capitada.*** Si la población disminuye los ingresos por capitación que son los únicos que sostienen la entidad, se verán afectados especialmente si la deserción de la población se produce por factores externos como los legales. (Cooperativas de Trabajo Asociado) o el ingreso de otras E.P.S. a la región.

### **4.3 Análisis de las Opciones Estratégicas**

#### **ESTRATEGIAS DO**

1. Diseñar e implementar los procesos de selección y vinculación del personal que redunde en la calidad del cliente interno y se proyecte en la satisfacción del servicio de parte del usuario.
2. Aprovechar la experiencia en proceso de COOMEVA E.P.S. para realizar benchmarking en áreas como la Administración de Archivos de Historias Clínicas y Sistemas de Información.

#### **ESTRATEGIAS DA**

1. Auditar de forma continua la prestación de los servicios que realizan los contratistas de los municipios, con el fin de obtener información para la toma de decisiones o decidir que municipios son rentables para contratación y cuales representan un riesgo a la entidad.
2. Estudio del mercado para determinar las posibles opciones para prestar servicios de salud dentro y fuera del pos que generen ingresos adicionales representativos para la entidad.

#### **ESTRATEGIAS FO**

1. Diseñar el portafolio de servicios de las actividades del I Nivel de atención del POS, en las cuales se garantice un valor agregado o una diferencia competitiva en el mercado para futuras negociaciones.
2. Diseñar el portafolio de servicios de las actividades del I Nivel de atención del POS, en las cuales se garantice un valor agregado o una diferencia competitiva en el mercado para futuras negociaciones.

#### **ESTRATEGIAS FA**

1. Establecer una negociación concertada con la E.P.S con el fin de dar cumplimiento a las exigencias de la contratación, garantizando la asignación de la población y la renovación del contrato de capitación.
2. El mantenimiento de los usuarios garantiza la supervivencia económica de la entidad, por lo tanto se deben establecer mecanismos que permitan un seguimiento continuo de la satisfacción del usuario y el desarrollo de planes de mejoramiento para intervenir las áreas o aspectos de servicios que inciden en el nivel de satisfacción

## 5. CONDICIONES DE HABILITACION

### 5.1 AUTOEVALUACION DE LAS CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA.

#### 5.1.1 Recurso humano

De acuerdo a los servicios que presta **CORPOMEDICA** se tiene distribuido el personal para cada área, las funciones de la oficina de personal están distribuidos en la Gerencia, el Coordinador Administrativo y el Coordinador de cada área. Las capacitaciones y las reuniones de calidad son programadas en grupos pequeños por áreas, existe bastante delegación en cada coordinador para el manejo de personal, a nivel de selección y contratación es la Gerencia quien decide y a nivel de organización de pagos de nomina y beneficios, el coordinador administrativo es el directo encargado.

Se solicito la relación de todo el recurso humano asistencial que presta directamente servicios a los usuarios en la entidad independientemente del tipo de vinculación, CORPOMEDICA suministró la siguiente información:

- **CONSULTA MEDICINA GENERAL** (Ver Cuadro 3)

Cuadro 3. Relación de Personal Asignado para las Actividades de Consulta Médica General.

| No. | Nombres y apellidos          | Cargo                                       | Horas contratadas |
|-----|------------------------------|---------------------------------------------|-------------------|
| 1   | MARCELA OCHOA GUILLERMO      | COORDINADORA CONSULTA EXTERNA Y ODONTOLOGIA | 5 h/d/m           |
| 2   | GERMAN YESID RODRIGUEZ MUÑOZ | MEDICO GENERAL                              | 6 h/d/m           |
| 3   | MARIA VICTORIA JARAMILLO     | MEDICO GENERAL                              | 4 h/d/m           |
| 4   | MAURICIO AYALA HENAO         | MEDICO GENERAL                              | 6 h/d/m           |
| 5   | EDNA CONSUELO OLAVE MENESES  | MEDICO GENERAL                              | 7 h/d/m           |
| 6   | HERNAN ALFREDO RUEDA TORRES  | MEDICO GENERAL                              | 4 h/d/m           |
| 7   | JOSE LENAR CARDOZO PORTELA   | MEDICO GENERAL                              | 5 h/d/m           |
| 8   | MERLY ROCIO SANCHEZ CADENA   | MEDICO GENERAL                              | 4 h/d/m           |
| 9   | JULIAN ANDRES MENESES RIVERA | MEDICO GENERAL                              | 2 h/d/m           |
| 10  | GABRIEL VARGAS FLOREZ        | MEDICO GENERAL                              | 6 h/d/m           |
| 11  | HAROLD SILVA MENESES         | MEDICO GENERAL                              | 3 h/d/m           |
| 12  | RICARDO BAQUERO HERRERA      | MEDICO GENERAL                              | 8 h/d/m           |
| 13  | ERIKA MARIA PERDOMO AVILES   | MEDICO GENERAL                              | 4 h/d/m           |

|    |                             |                        |         |
|----|-----------------------------|------------------------|---------|
| 14 | RUTH MOLINA                 | MEDICO GENERAL         | 7 h/d/m |
| 15 | JAIME ENRIQUE UREÑA ESTEVES | MEDICO GENERAL         | 5 h/d/m |
| 16 | JORGE ANDRES BOLIVAR        | MEDICO GENERAL         | 6 h/d/m |
| 17 | DEYANIRA GALLEGOS SALINAS   | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 8 h/d/m |
| 18 | MAGALY PERDOMO              | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 8 h/d/m |

**h/d/m: hora, día, mes.**

• **CONSULTA EXTERNA EN ODONTOLOGÍA** (Ver Cuadro 4)

Cuadro 4. Relación de Personal Asignado para las Actividades de Odontología.

| <b>No.</b> | <b>Apellidos y Nombres</b> | <b>Cargo</b>            | <b>Horas Contratadas</b> |
|------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1          | MARCELA OCHOA GUILLERMO    | ODONTÓLOGO              | 5 h/d/m                  |
| 2          | GINA CONSTANZA BARRERA     | ODONTOLOGO              | 10 h/d/m                 |
| 3          | LINO GORDON RODRÍGUEZ      | ODONTOLOGO              | 10 h/d/m                 |
| 4          | MALFY AMPARO OLIVARES CELY | ODONTOLOGO              | 5 h/d/m                  |
| 5          | PATRICIA HERNANDEZ FONSECA | ODONTOLOGO              | 4 h/d/m                  |
| 6          | YOLANDA FLORIANO           | ODONTOLOGO              | 4 h/d/m                  |
| 7          | GERMAN GIRALDO CORRALES    | ODONTOLOGO              | 8 h/d/m                  |
| 8          | LUZ ADRIANA LOPEZ OSORIO   | ODONTOLOGO              | 2 h/d/m                  |
| 9          | EDISON DE JESUS VILLA      | ODONTOLOGO              | 2 h/d/m                  |
| 10         | ELIANA MARIN COLLAZOS      | ODONTOLOGO              | 3 h/d/m                  |
| 11         | RUBY PACHECO               | ODONTOLOGO              | 1 h/d/m                  |
| 12         | MARIA DIVA TIBAQUIRA PENNA | HIGIENISTA ORAL         | 8 h/d/m                  |
| 13         | LUDIN ROCIO TORRES MORENO  | HIGIENISTA ORAL         | 8 h/d/m                  |
| 14         | LUDIVIA CARVAJAL CORREA    | AUXILIAR DE ODONTOLOGIA | 8 h/d/m                  |
| 15         | LUCERO CABRERA RIVAS       | AUXILIAR DE ODONTOLOGIA | 8 h/d/m                  |
| 16         | LUZ DARY SEPULVEDA         | AUXILIAR DE ODONTOLOGIA | 8 h/d/m                  |
| 17         | MARIA SAIR VILLA           | AUXILIAR DE ODONTOLOGIA | 4 h/d/m                  |

**h/d/m: hora, día, mes.**

**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** (Ver Cuadro 5)

Cuadro 5. Relación de Personal Asignado para las Actividades de Promoción y Prevención.

| <b>No.</b> | <b>Nombres y Apellidos</b> | <b>Cargo</b>           | <b>Horas Contratadas</b> |
|------------|----------------------------|------------------------|--------------------------|
| 1          | YUBER RAMON BUITRAGO       | MEDICO GENERAL         | 2 h/d/m                  |
| 2          | FRANCISCO OSPINA RINCON    | MEDICO GENERAL         | 5 h/d/m                  |
| 3          | NUBIA STELLA ESCOVAR       | MEDICO GENERAL         | 7 h/d/m                  |
| 4          | ARNULFO ROJAS GUEVARA      | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 8 h/d/m                  |
| 5          | MARINELLA ARTUNDUAGA       | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 8 h/d/m                  |
| 6          | MIRELLI RESTREPO           | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 8 h/d/m                  |
| 7          | DORIS CASTAÑO              | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 8 h/d/m                  |
| 8          | ROSA COTAMO                | ENFERMERA PROFESIONAL  | 8 h/d/m                  |
| 9          | MARIA HELENA ROJAS         | ENFERMERA PROFESIONAL  | 8 h/d/m                  |
| 10         | GIOVANNA SANCHEZ           | PSICOLOGA              | 8 h/d/m                  |
| 11         | MARIA ELVIRA HERMOSA       | PSICOLOGA              | 8 h/d/m                  |

**h/d/m: hora, día, mes.**

### NUTRICION Y DIETÉTICA (Ver Cuadro 6)

Cuadro 6. Relación de Personal Asignado para las Actividades de Nutrición y Dietética.

| No. | Apellidos y Nombres | Cargo         | Horas Contratadas |
|-----|---------------------|---------------|-------------------|
| 1   | LAUREANO VARGAS     | NUTRICIONISTA | 4 h/d/m           |

h/d/m: hora, día, mes.

### TERAPIA RESPIRATORIA (Ver Cuadro 7)

Cuadro 7. Relación de Personal Asignado para las Actividades de Terapia Respiratoria.

| No. | Apellidos y Nombres  | Cargo                   | Horas Contratadas |
|-----|----------------------|-------------------------|-------------------|
| 1   | SANDRA LLANOS TORRES | TERAPAEUTA RESPIRATORIA | 3 h/d/m           |
| 2   | LUZ STELLA GAITAN    | TERAPAEUTA RESPIRATORIA | 3 h/d/m           |

h/d/m: hora, día, mes.

### 5.1.2 Estándar de Recursos Humanos

Se realizo la respectiva solicitud de las hojas de vida del personal relacionado en los listados y se constato que cuentan con:

Cuadro 8. Autoevaluación del cumplimiento de los criterios de habilitación del Recurso Humano.

| RECURSO HUMANO                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |    |                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio, o con la adecuada supervisión si se trata de personal en entrenamiento.</b>                    |   |    |                                                                                                                                                                              |
| Criterio                                                                                                                                                                                                                                                                                | C | NC | OBSERVACIONES                                                                                                                                                                |
| 1. Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales cuentan con el título formal expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva homologación por el ICFES. | X |    | <b>CORPOMEDICA</b> ya había realizado la verificación de las hojas de vida, por lo tanto, los documentos que estaban pendientes se habían anexado, encontrándolas completas. |
| 2. El proceso de selección de personal incluye la verificación de los títulos de grado de especialista, profesional, técnico, tecnológico y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar, previo a la                                                                            |   | X  | Se solicito el documento del proceso de selección de personal del recurso humano asistencial, este proceso no se encuentra documentado, las                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| vinculación.                                                                                                                                                                                                                            |   |   | funciones de la selección de personal las asume la gerencia y el Coordinador de cada área quienes realizan la selección de acuerdo al perfil del cargo, pero no incluye la verificación de los títulos acreditados por los aspirantes.     |
| 3. Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades y subespecialidades formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos.    | X |   |                                                                                                                                                                                                                                            |
| 4. Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de personal debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento. |   | X | Las actividades docente – asistenciales se desarrollaban en el área de auxiliares de enfermería pero fueron suspendidas por política de la Junta Directiva, debido a inconvenientes presentados en los convenios anteriormente realizados. |

Se solicito el documento que define el procedimiento de identificación del personal que ingresa a la institución que incluya la identificación del personal autorizado para el ejercicio de la profesión u oficio como el personal en entrenamiento y los visitantes. En la entidad, tanto el personal asistencial como el personal administrativo se encuentra plenamente identificado con su carné, de igual manera, el servicio de vigilancia tiene controles establecidos para el acceso de personal en horarios restringidos, de acuerdo al documento Normas Administrativas de Desempeño del personal de Vigilancia.

Cuadro 9. Estándar de Recursos Humanos. Detalle por servicio

| Servicio                        | Recurso Humano                          | C | NC | OBSERVACIONES |
|---------------------------------|-----------------------------------------|---|----|---------------|
| Consulta Medica General         | Médico General                          | X |    |               |
| Consulta de Odontología General | Odontólogo                              | X |    |               |
| Consulta de Enfermería          | Enfermera Profesional                   | X |    |               |
| Nutrición y Dietética           | Nutricionista dietista                  | X |    |               |
| Terapia Respiratoria            | Fisioterapeuta o terapeuta respiratoria | X |    |               |

### 5.1.3 Infraestructura – Instalaciones Físicas - Mantenimiento

Para garantizar el cumplimiento de la contratación por capitación con **COOMEVA E.P.S.** para el I nivel de complejidad CORPOMÉDICA I.P.S., dispone de las instalaciones ubicadas en la Cra 9 No. 8-67 cuenta con una extensión de: 250M2 distribuidos de la siguiente forma en la sede ubicada en el barrio el Prado se prestan los servicios de Consulta Externa: La sede es una construcción residencial adaptada a I.P.S., son nueve consultorios de medicina general de aproximadamente de 3m x 4m, dos con baño privado, cada uno contiene su respectiva dotación, camilla ginecológica, butaco graduable para camilla, lámpara cuello de cisne, pesa para adulto 120k, negatoscopio, vitrina de dos cuerpos escritorio, silla para médico, sillas para paciente y acompañante, mesa auxiliar, equipo de órganos, fonendoscopio, tensiometro, tallmetro pediátrico y adulto, martillo de reflejos y los respectivos materiales de consumo como los guantes, bajalenguas, gasas, jeringas, entre otros (Ver figura 6).

Promoción y Prevención: Está área se encuentra organizada por consultorios de acuerdo al programa, es decir, en total son dos consultorios médicos, uno de dimensiones de 3m x 4m, con baño privado, igualmente dotado que un consultorio de medicina general, con la particularidad de que es usado para la atención de hipertensos y diabéticos, por lo tanto, cuenta con tensiometro digital y glucómetro; el otro consultorio es utilizado para el programa de crecimiento y desarrollo, tiene lavamanos, adicional a la dotación de medicina general cuenta con pesa bebe y pesa para niños de colgar. Otro consultorio es el utilizado por la jefe de enfermería para la consulta de control prenatal, planificación familiar, examen de seno. Para la realización de los talleres educativos se tiene un Salón o auditorio de 4m x 5m, con aire acondicionado, dotado de silleteria para adultos y niños, televisor, VHS, tablero acrílico, juguetes, camilla para examen, tensiometro digital y manual, glucómetro, pesa para adulto, pesa bebe, pesa niño de colgar, grabadora, entre otros elementos de material educativo.

Odontología: El área de odontología es de 4m X 10m, dentro de la cual se ubican de forma distribuida 5 unidades odontológicas, un área de lavado y esterilización de materiales, el área de la unidad de Rayos X y un baño privado.

**Plano**

### 5.1.4 Estándar de Infraestructura – Instalaciones físicas - Mantenimiento.

Cuadro 10. Autoevaluación del cumplimiento de los criterios de habilitación de Infraestructura – Instalaciones físicas - Mantenimiento.

| <b>INFRAESTRUCTURA – INSTALACIONES FÍSICAS – MANTENIMIENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |           |                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |           |                                                                                               |
| <b>Criterio</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>C</b> | <b>NC</b> | <b>OBSERVACIONES</b>                                                                          |
| 1. Si la institución ofrece servicios hospitalarios o quirúrgicos, sólo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          | X         | CORPOMEDICA solo ofrece servicios ambulatorios de medicina general, enfermería y odontología. |
| 2. La institución garantiza el suministro permanente de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica y garantiza el manejo y evacuación adecuado de residuos sólidos y líquidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | X        |           |                                                                                               |
| 3. Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X        |           |                                                                                               |
| 4. Si la institución presta servicios quirúrgicos, obstétricos, odontológicos, urgencias, laboratorios clínicos, esterilización, transfusión sanguínea, salas de autopsias, medicina física y rehabilitación, o donde se realicen procedimientos de terapia física y respiratoria, o en las áreas donde se realicen procedimientos, y donde se requiera de un proceso de limpieza y asepsia más profundo, los pisos son impermeables, sólidos, antideslizantes, de fácil limpieza, uniformes, y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Además, los cielo rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, resistentes a factores ambientales e incombustibles, de superficie lisa y, los materiales utilizados para su terminado no contienen sustancias tóxicas, irritantes o inflamables. | X        |           |                                                                                               |
| 5. Si la institución presta uno o varios de los siguientes servicios: cirugía, obstetricia, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, radioterapia o servicios hospitalarios, cuenta con fuente de energía de emergencia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          | X         | CORPOMEDICA no presta ninguno de estos servicios.                                             |
| 6. La institución no se encuentra localizada en lugares con un riesgo continuo e inminente de desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución y acordes con los manuales de bioseguridad y las definidas por el comité de infecciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X        |           |                                                                                               |
| 7. Todo prestador de servicios de salud, en especial aquellos con modalidad de atención extramural, cuenta con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | X        |           |                                                                                               |

Cuadro 11. Estándar de instalaciones físicas. Detalle por servicio

| SERVICIO                        | INSTALACIONES FÍSICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | C | NC | OBSERVACIONES                                    |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|--------------------------------------------------|
| CONSULTA EXTERNA                | <p>Dispone de las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de unidad sanitaria</li> <li>• Consultorio con espacio cerrado con ambientes delimitados para entrevista del paciente y el examen.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | X |    | Los consultorios 2 y 3 no cuentan con lavamanos. |
| CONSULTA EXTERNA DE ODONTOLOGÍA | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Además de las condiciones definidas para consulta externa, debe contar con lavamanos y pisos resistentes y lavables.</li> <li>• Cuando se presten servicios que impliquen el manejo de radiaciones ionizantes todas las paredes, pisos y áreas de cielos rasos expuestas al haz útil, disponen de barreras primarias.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                      | X |    |                                                  |
| TERAPIAS                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispone de áreas específicas de acuerdo con los servicios que ofrezca: terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, terapia respiratoria.</li> </ul> <p>El servicio cumple además con las siguientes áreas y condiciones específicas, de acuerdo con el tipo de servicio ofrecido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de baño para pacientes.</li> <li>• Si ofrece terapia respiratoria, el área para procedimientos, es ventilado, garantiza condiciones de asepsia y dispone de oxígeno; y cuenta con área para lavado y desinfección de equipos.</li> </ul> |   | X  | No se cuenta con baño para pacientes.            |
| SERVICIOS EXTRAMURALES          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Áreas acondicionadas temporalmente para el desarrollo de las actividades y procedimientos específicos.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | X |    |                                                  |
| SERVICIO DE VACUNACIÓN          | Dispone de una Área delimitada con espacio para refrigeradora en zona de sombra y alejada de toda fuente de calor, y dispone de área para vacunación la cual cuenta con lavamanos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X |    |                                                  |

### 5.1.5. Dotación - Mantenimiento

Se tiene a disposición siete consultorios para consultas ambulatorias totalmente dotados, siete (7) unidades odontológicas y un equipo de rayos x para odontología.

### 5.1.6 Estándar de Dotación – Mantenimiento.

Cuadro 12. Autoevaluación del cumplimiento de los criterios de habilitación de Dotación - Mantenimiento.

| <b>DOTACION – MANTENIMIENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |           |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|----------------------|
| <b>Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador.</b>                                                                                                                                                                                         |          |           |                      |
| <b>Criterio</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>C</b> | <b>NC</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
| 1. La institución sólo utiliza equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico – científico.                                                                                                                                                                                                               | X        |           |                      |
| 2. La institución garantiza el mantenimiento de los equipos biomédicos, el cual se realiza con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo, que incluye la calibración de equipos, de conformidad con los requisitos e indicaciones de los fabricantes. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida de cada equipo | X        |           |                      |

Cuadro 13. Estándar de dotación – mantenimiento. Detalle de la dotación, equipos y su mantenimiento mínimos, obligatorios por servicio.

| <b>SERVICIO</b>                                                                                    | <b>EQUIPOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>C</b> | <b>NC</b> | <b>OBSERVACIONES</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|----------------------|
| CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL O ESPECIALIZADA, SERVICIOS DE ATENCIÓN EXTRAMURAL VACUNACIÓN. | <p>Dotación básica para consultorio medico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Camilla, tensiómetro y fonendoscopio, Equipo de órganos de los sentidos y Balanza de pie.</li> <li>• La dotación de los consultorios de especialistas para los cuales no se haya establecido detalles particulares, será la exigida para la consulta de medicina general.</li> <li>• Si realiza consulta médica de terapias alternativas cuenta además con: para terapia neural - equipo básico de reanimación; para terapia con filtros - estimuladores eléctricos y magnéticos de sustancias biológicas, bioquímicas y Farmacológicas, frecuencias y arquetípicos; láser para bioenergética multifrecuencial. imanes bipolares</li> <li>• Si ofrece vacunación cuenta con: Nevera y Termo, según Programa Ampliado de Inmunizaciones..</li> <li>• Si ofrece atención extramural, de acuerdo con los servicios que ofrece, cuenta con: para Consulta Médica y controles de enfermería: Camilla Equipo de órganos de</li> </ul> | X        |           |                      |

|                                               |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |  |  |
|-----------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|--|
|                                               |      | los sentidos, Fonendoscopio y Tensiómetro, metro, Termómetro, Tabla de agudeza visual, Balanza y tallímetro; Salud oral: Unidad odontológica portátil, instrumental básico de odontología; Laboratorio Clínico: Microscopio- centrífuga, Reactivos para pruebas de tamizaje; Promoción y Prevención: contar con los elementos necesarios para la valoración de los pacientes, de acuerdo con el tipo de actividades desarrolladas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |  |  |
| CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL ESPECIALIZADA | DE Y | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad Odontológica que contenga: Sillón con cabecera anatómica, Escupidera, Lámpara odontológica de luz fría, Bandeja para instrumental, Eyector, Jeringa Triple, Módulo de tres servicios con negatoscopio y acople para piezas de mano.</li> <li>• Airotor, Micromotor, Contra-ángulo, Compresor de aire, Esterilizador, Recipiente para esterilización en frío, estéril, disponibilidad mínima de juegos de instrumental básico, los cuales se compone de: Espejos bucales, Exploradores doble extremo, Sondas periodontales, Pinzas algodonerías, Cucharillas y/o excavadores, Jeringas Cárpulas en cantidad suficientes para garantizar la rotación de los mismos en condiciones de esterilidad. Se dispone también del siguiente Instrumental para operatoria: aplicador de dycal, condensador, porta amalgama, bruñidor y o cleoide discoide, de Instrumental para endodoncia: explorador de conductos, espaciador, condensador, limas, de Instrumental para exodoncia simple y quirúrgica: fórceps, elevadores, porta agujas, tijeras, mango para bisturí, y de Instrumental para periodoncia: curetas.</li> <li>• En los consultorios de especialistas se cuenta con el</li> <li>• equipo e instrumental necesario según la especialidad,</li> </ul> | X |  |  |

Se solicitaron las hojas de vida de los equipos, de acuerdo a los servicios declarados, se constato el debido registro sobre el programa de mantenimiento preventivo y las recomendaciones correctivas, la cual se realiza a través de un contratista externo a la institución. (Ver anexo de Hojas de vida de los equipos de odontología)

### 5.1.7 Insumos - Gestión De Insumos

La gestión de insumos se desarrolla en un proceso que delega la responsabilidad en cada coordinador de área, quien evalúa si el suministro cumple o no con las

especificaciones necesarias para su utilización. Existen dos tipos de suministros: los materiales de uso médico y odontológico que son abastecidos a través del almacén de la Farmacia y los equipos médicos y odontológicos o muebles que se solicitan a través de la Gerencia directamente. En ambos casos se tiene un proceso de solicitud, adquisición y almacenamiento estandarizado, pero no se encuentra documentado, ni se aplica la confirmación del registro INVIMA de los productos adquiridos.

### 5.1.8 Estándar de Insumos - Gestión De Insumos

Cuadro 14. Autoevaluación del cumplimiento de los criterios de habilitación Insumos – Gestión de Insumos.

| <b>INSUMOS – GESTION DE INSUMOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |           |                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Estándar: Se tienen diseñados y se aplican procesos para el manejo de los insumos cuyas condiciones de almacenamiento distribución y entrega condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |          |           |                                                                                                                         |
| <b>Criterio</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>C</b> | <b>NC</b> | <b>OBSERVACIONES</b>                                                                                                    |
| 1. Se tienen definidas las especificaciones técnicas para la adquisición, y se cuenta y aplican procedimientos técnicos para el almacenamiento y la distribución de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución.                                                                                                                                         | X        |           |                                                                                                                         |
| 2. Los procedimientos de adquisición de medicamentos e insumos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          | X         | Dentro del proceso de adquisición de insumos odontológicos y médicos no se realiza la verificación del registro INVIMA. |
| 3. Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de insumo de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento. | X        |           |                                                                                                                         |
| 4. Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reutilicen insumos salvo aquellos en los que el INVIMA defina expresamente que pueden serlo.                                                                                                                                                                                                                                                              | X        |           |                                                                                                                         |
| 5. La institución garantiza la disponibilidad permanente de los medicamentos, productos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | X        |           |                                                                                                                         |

|                                                                                                             |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| biológicos, reactivos y dispositivos médicos indispensables para la prestación de los servicios que ofrece. |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|

El almacenamiento de los insumos odontológicos y médicos se realiza dentro de la Farmacia del **CONSORCIO C&F** que esta en la institución bajo las condiciones ambientales necesarias. Para la Red de Frío de los insumos biológicos del servicio de Vacunación se cuenta con la Nevera, el termómetro interno y se realiza el respectivo registro de las temperaturas, para el transporte de las vacunas se tienen los termos que garantizan la temperatura adecuada del biológico de acuerdo al documento presentado.

### 5.1.9 Procesos Prioritarios Asistenciales

Al efectuar la revisión de las guías y protocolos de atención se encuentra que, tanto en medicina general como en odontología y promoción y prevención se tienen las guías de las patologías de mayor frecuencia, las cuales fueron actualizadas en el mes de mayo del 2003. En el área de Odontología el proceso de actualización de las guías fue realizado de forma participativa con los profesionales vinculados, los cuales conocen las guías y su contenido, sin embargo, en el caso de Medicina General las guías son actualizadas por la Coordinación Médica y algunos médicos generales no tienen conocimiento de su existencia, la falencia se presenta en los sistemas de comunicación de las decisiones a todos lo niveles de la entidad para que conozcan y consulten la información de las guías. (ANEXO C PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE ODONTOLOGÍA)

Se establecieron las primeras diez causas de morbilidad en el proceso de Consulta Externa de CORPOMÉDICA con el fin de realizar la presentación de los protocolos de atención de estas primeras diez causas. (ANEXO B. GUIAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN PARA LAS PRIMERAS DÍEZ CAUSAS DE CONSULTA)

### 5.1.10 Estándar de Procesos Prioritarios Asistenciales

Cuadro 15. Autoevaluación del cumplimiento de los criterios de habilitación de los Procesos Prioritarios Asistenciales.

| <b>PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>                                                                                                                                                                                                                               |          |           |                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsable de su ejecución y para controlar su cumplimiento.</b> |          |           |                                                                                                                                                                               |
| <b>Criterio</b>                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>C</b> | <b>NC</b> | <b>OBSERVACIONES</b>                                                                                                                                                          |
| 1. Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento                      | X        |           |                                                                                                                                                                               |
| 2. La institución cuenta con guías clínicas de atención para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso, oficialmente reportadas en cada uno de los servicios hospitalarios, cirugía, consulta externa y urgencias.                      | X        |           |                                                                                                                                                                               |
| 3. Si la institución ofrece actividades de promoción y prevención, ha implantado las Normas Técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional                                                             | X        |           |                                                                                                                                                                               |
| 4. La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico.                                                                                                                                 | X        |           |                                                                                                                                                                               |
| 5. Los procedimientos, procesos y guías de atención son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento.                                                                                                     |          | X         | En el área de Consulta Médica General se observo que en cada consultorio esta una copia del documento PROTOCOLOS DE DIAGNÓSTICO MEDICO, pero los profesionales no la conocen. |

### 5.1.11 Historia Clínica y Registros Asistenciales

Es un área que presenta graves deficiencias en su funcionamiento, cuenta con aproximadamente 35.000 historias clínicas pero a la fecha no se tienen un inventario exacto de su capacidad. Los procesos para la custodia son muy deficientes y permiten que se presenten problemas como la pérdida de historias clínicas y la duplicación de las mismas, a pesar de que los procesos de archivo, custodia y administración de la historia se encuentran debidamente documentados, existe un Reglamento Interno y un Manual para el diligenciamiento y manejo, el problema trasciende en las capacidades de los responsables para el control de la custodia. Por otro lado, es muy común encontrar que el médico general que realiza la primera consulta del paciente realiza la apertura de la historia clínica y no diligencia el formato diseñado para este fin, encontrando otro problema de información hacia los diferentes niveles institucionales.

### 5.1.12 Estándar de Historia Clínica y Registros Asistenciales

Cuadro 16. Autoevaluación del cumplimiento de los criterios de habilitación de Historia Clínica y Registros Asistenciales.

| <b>ESTÁNDAR DE HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |           |                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.</b>  |          |           |                                                                                                                        |
| <b>Criterio</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>C</b> | <b>NC</b> | <b>OBSERVACIONES</b>                                                                                                   |
| 1. Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.                                                                                                                                                                            | X        |           |                                                                                                                        |
| 2. Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo..                                                                                                                                                                                  | X        |           |                                                                                                                        |
| 3. Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.                                                                                                                                                                                         |          | X         | Las Historias Clínicas no se encuentran debidamente identificadas y no tiene el componente de anexos.                  |
| 4. Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.                                                                                                                                                                                             |          | X         | Los procesos no están documentados y no se aplica ningún tipo de custodia en el archivo.                               |
| 5. En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto -ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las Historias Clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad. |          | X         | No se utiliza ningún medio sistematizado para las historias clínicas.                                                  |
| 6. Los registros asistenciales Son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.                                                                                                                                                                  |          | X         | Actualmente el área de archivo no tiene seguridad, pues tienen acceso personal de otras áreas y externo de la entidad. |

### 5.1.13 Interdependencia de Servicios

Los servicios definidos en este estándar no corresponden a ninguno de los que actualmente presta CORPOMEDICA y que se encuentran declarados en el Registro de Inscripción.

### 5.1.14 Referencia de Pacientes

Teniendo en cuenta que **CORPOMEDICA** solo presta servicios del primer nivel de atención, la referencia de pacientes se realiza de forma ambulatoria y de urgencias al segundo nivel, para lo cual, se tienen establecidos procesos que se fundamentan en el Manual de Referencia y Contrarreferencia para los tres niveles de atención.

### 5.1.15 Estándar de Referencia De Pacientes

Cuadro 17. Autoevaluación del cumplimiento de los criterios de habilitación de Referencia de Pacientes.

| REFERENCIA DE PACIENTES                                                                                                                                                                                         |   |    |                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.                                           |   |    |                                                                                                                                                         |
| Criterio                                                                                                                                                                                                        | C | NC | OBSERVACIONES                                                                                                                                           |
| 1. Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes. La tabla anexa al presente estándar, define el detalle de los servicios de apoyo o asistenciales indispensables, por servicio ofrecido |   | X  | Se cuenta con un Manual que incluye los tres niveles de atención, no existe uno específico para la referencia de pacientes del primer al segundo nivel. |

La tabla de Detalle por Servicio no aplica para CORPOMEDICA porque es una institución que presta servicios para el primer nivel de atención ambulatoria y no cuenta con los servicios relacionados en la tabla.

### 5.1.16 Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios

En **CORPOMEDICA I.P.S.** se encuentra implementado y funcionando el Comité de Vigilancia Epidemiológica, el cual, no sólo cumple funciones en cuanto a la vigilancia de las enfermedades de notificación obligatoria, si no que evalúa de forma mensual el registro estadístico de las diez primeras patologías que se presentaron en Consulta Externa y se programa con el grupo de médicos Generales el estudio y análisis de las guías de atención y su posterior evaluación.

### 5.1.17 Estándar de Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios

Cuadro 18. Autoevaluación del cumplimiento de los criterios de habilitación del Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios.

| SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |    |                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estándar: Se tienen definidos procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos propios de la prestación de servicios de salud definidos como prioritarios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |    |                                                                                                                                                                                                                               |
| Criterio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | C | NC | OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                 |
| 1. Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta; en los que se deben incluir: mortalidad hospitalaria; infecciones intrahospitalarias; complicaciones quirúrgicas inmediatas; complicaciones anestésicas; complicaciones terapéuticas, especialmente medicamentosas y transfusionales; complicaciones derivadas de la falta de efectividad de las intervenciones de protección específica y detección temprana. | X |    | Se constato la existencia del Comité Epidemiológico y El Comité Evaluador de los casos centinelas reportados por la institución de Segundo nivel y que corresponden al desarrollo de los programas de Promoción y Prevención. |

Anexo F. Comité de Epidemiología

## 5.2. AUTOEVALUACION DE LAS CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNICO ADMINISTRATIVA

### 5.2.1 Requisitos Legales de Existencia y Representación Legal.

**5.2.1.1 Razón Social.** De acuerdo a los documentos legales de la entidad y las actas de constitución se determino que la razón social de la entidad verificada es "**CORPORACIÓN MÉDICA DEL CAQUETÁ –CORPOMÉDICA-**, la cual nace como una entidad de derecho privado, cívica y sin ánimo de lucro, el 5 de octubre de 1995, mediante la Providencia Administrativa No. 121 emanada de la Gobernación del Caquetá y mediante la cual se otorga la Personería Jurídica, se registran sus estatutos en la Notaria Segunda del Círculo de Florencia el 7 de septiembre de 1995 y es inscrita en la Cámara de Comercio de Florencia el 10 de diciembre de 1998 bajo el No. 749 del libro respectivo, su número de identificación tributaria es 08280000731 y su dirección es la carrera 9 No. 8-46 barrio el Prado, Florencia, Caquetá" (VER ANEXO. Certificado de Existencia y Representación Legal).

**5.2.1.2 Sistema Contable.** CORPOMEDICA en sus registros contables cumple con la aplicación del PLAN UNICO DE CUENTAS PARA IPS PRIVADAS a través del Software contable SIIGO, el cual se caracteriza principalmente por ser un sistema basado en documentos fuente (factura, recibos de caja, cheques, entre otros) es decir que mediante la elaboración de estos directamente en el computador se

actualizan en línea y en tiempo real todos los registros de la empresa en lo referente a: Cartera, Cuentas por Pagar, Inventarios, Activos Fijos, Pedidos, Compras, presupuesto, Contabilidad, Nóminas y Ventas.

### 5.3 AUTOEVALUACION DE LAS CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL

La siguiente es la presentación de los indicadores para la aplicación de la suficiencia patrimonial de **CORPORACION MEDICA DEL CAQUETA**; de acuerdo con los estados financieros a 31 de diciembre de 2003:

#### 5.3.1 PATRIMONIO:

$$\frac{\text{Patrimonio total} \times 100}{\text{Cuenta que registre el capital (Código 31 PUC)}} =$$

$$\frac{\$100.357.097.74 \times 100}{\$14.400.000.00} = 696.924$$

Esto significa que el patrimonio esta por encima del capital social en 697% esto quiere decir que los activos hacen representar un alto porcentaje en el patrimonio.

5.3.2 OBLIGACIONES MERCANTILES: La sumatoria de los montos de las obligaciones mercantiles a mas de 360 días con corte a 31 de Diciembre de 2.003 asciende a \$0

$$\frac{\text{Sumatoria de los montos de obligaciones mercantiles de más de 360 días} \times 100}{\text{Pasivo Corriente}} =$$

$$\frac{0 \times 100}{\$ 26.806.451.00} = 0.00$$

El resultado de 0 por ciento interpreta que las obligaciones mercantiles a mas de 360 días no representa ningún porcentaje dentro del Pasivo corriente, demostrando cumplimiento en el pago de las obligaciones mercantiles a corto plazo.

5.3.3 OBLIGACIONES LABORALES: A 31 de Diciembre de 2003, CORPOMÉDICA no presenta ninguna clase de morosidad en el cumplimiento del pago de nómina y demás obligaciones laborales, por lo tanto su monto es \$0.00.

Sumatoria de los montos de obligaciones laborales de más de 360 días x 100

$$\frac{\text{Pasivo Corriente}}{\text{Pasivo Corriente}} =$$

$$\frac{\$0.00 \times 100}{\$ 26.806.451.00} = 0.00$$

Significa que las obligaciones laborales no representan porcentaje dentro del pasivo corriente. Demostrando que los pagos a los trabajadores se ha realizado oportunamente ya que el interés de la entidad es de mantener una satisfacción y bienestar del trabajador.

De acuerdo a la aplicación de los indicadores la institución cumple con el requisito de suficiencia patrimonial según informe del Revisor Fiscal Claudia Olarte.

## **6. ESTRATEGIAS DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

### **6.1 PROPUESTA PARA EL PROCESO DE SELECCIÓN Y VINCULACION DEL PERSONAL ASISTENCIAL.**

Para el cumplimiento de este estándar se debe realizar el diseño de la selección del personal teniendo en cuenta lo siguiente:

**6.1.1 Introducción.** Nada es tan importante en una organización, como la selección del personal que se encontrara a nuestro servicio bajo el cumplimiento de una serie de normas y parámetros previamente establecidos en busca de un objetivo colectivo. Pues de ellos depende el logro de las metas y los propósitos de nuestra organización, así como el cumplimiento de los estándares de calidad y servicios exigidos en la actualidad. Dicha razón nos obliga a no dejar al azar la selección del personal que será vinculado a nuestra organización, pues de ellos depende el futuro de la misma.

**6.1.2 Objetivo de la selección de personal.** El objetivo de la selección de personal es el de sugerir a través de la aplicación de Test de Aptitudes, de Personalidad, Motivacionales y de Desempeño quien es él más competente para un puesto de trabajo definido y especificado con anterioridad.

**6.1.3 Clasificación de las Pruebas de selección** Las pruebas de selección pueden clasificarse en términos generales de dos formas como de aptitudes y de conocimientos.

- Las pruebas de aptitudes miden la capacidad de una persona para aprender o adquirir habilidades.
- Las pruebas de conocimientos miden lo que el individuo sabe o puede hacer en ese momento.

**6.1.4 Verificación de referencias y títulos.** Este método es utilizado como filtro para elegir a los futuros empleados de la organización, es de tener en cuenta que estas no pronostican el futuro desempeño del individuo en la organización, los medios mas utilizados para la verificación de referencias son el correo y el teléfono. En la utilización del correo se corre el riesgo que usualmente las cartas están notoriamente infladas situación que limita su valor, por el contrario la verificación telefónica ahorra tiempo y permiten una mayor sinceridad.

Tabla 1. Verificación de las Referencias y Títulos

## VERIFICACIÓN DE REFERENCIAS

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| NOMBRE EMPRESA           | NOMBRE CARGO             |
| NOMBRE CANDIDATO         | CARGO AL QUE SE PRESENTA |
| REFERENCIAS LABORALES    |                          |
| NOMBRE EMPRESA           | CARGO DESEMPEÑADO        |
| FECHA INGRESO            | MOTIVO DE RETIRO         |
| FECHA RETIRO             |                          |
| FUNCIONES DESEMPEÑADAS   |                          |
| RECOMIENDA               | OBSERVACIONES            |
| SI _____ NO _____        |                          |
| INFORMO                  | CARGO                    |
| NOMBRE EMPRESA           | CARGO DESEMPEÑADO        |
| FECHA INGRESO            | MOTIVO DE RETIRO         |
| FECHA RETIRO             |                          |
| FUNCIONES DESEMPEÑADAS   |                          |
| RECOMIENDA               | OBSERVACIONES            |
| SI _____ NO _____        |                          |
| INFORMO                  | CARGO                    |
| VEERIFICACION DE TITULOS | NOMBRE DEL VERIFICADOR   |
| INSTITUCION EDUCATIVA    | TITULO OBTENIDO          |
| FECHA GRADO              |                          |
| OBSERVACIONES            |                          |
| INSTITUCION EDUCATIVA    | TITULO OBTENIDO          |
| FECHA DE GRADO           |                          |
| OBSERVACIONES            |                          |

**CUADRO 19. PROCESO DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS  
AUTORIZACIÓN PARA VINCULACIÓN DE RECURSO HUMANO**

**OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:** Garantizar que la institución disponga de los recursos financieros, y vacantes en la nómina global para vincular nuevos funcionarios, previa autorización de la Gerencia general y/o Junta Directiva de la Organización.

|    | <b>Descripción del procedimiento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Responsable</b>                   |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 01 | <b>El Jefe del área de Recursos Humanos debe conocer Organigrama, Estatutos y Reglamentos, y necesidades de apoyo en las áreas.</b><br>Recibe solicitud de requerimientos de personal por parte de las áreas.                                                                                                                                                                                             | Jefe de recurso humano               |
| 02 | Verifica si dentro de la planta de personal existe disponibilidad de cargo y solicita a la Oficina de Presupuesto la Disponibilidad para vincular un nuevo funcionario.                                                                                                                                                                                                                                   | Jefe de recurso humano               |
| 03 | Se reúne con el Jefe del área que solicita la vinculación de un funcionario y le requiere para que justifique la necesidad.                                                                                                                                                                                                                                                                               | Jefe de recurso humano               |
| 04 | Documenta el requerimiento anexando el estudio efectuado en los pasos 2 y 3 y lo presenta ante la Gerencia General y/o Junta Directiva de la Organización, para que determine si aprueba o no la vinculación del nuevo funcionario y tipo de contrato a realizar.<br><ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contrato a término fijo.</li> <li>▪ Contrato de prestación de servicio temporal.</li> </ul> | Jefe de recurso humano               |
| 05 | Recibe la documentación, analiza la necesidad y aprueba o niega el requerimiento.<br><ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aprobado: Devuelve al Jefe del área de recursos humanos para que inicie procedimiento.</li> <li>▪ Negado: Devuelve al Jefe de recursos humanos para que informe al jefe de área solicitante.</li> </ul>                                                                     | Gerencia General y/o Junta Directiva |
| 06 | Recibe documentos aprobados:<br>Informa al Jefe del área, sobre la iniciación del proceso.<br>Revisa el archivo de hojas de vida recibidas y selecciona las que se ajusten al perfil del funcionario solicitado.<br>Si ninguna de las hojas de vida revisadas llena las expectativas, solicita por un medio escrito la presentación de hojas de vida.                                                     | Jefe de recurso humano               |
| 07 | Recibe documentos negados:<br>Informa al jefe del área respectiva que solicitó la vinculación y archiva el documento.                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Jefe de Recurso humano               |
|    | FIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |

| <b>Observaciones</b>                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>La publicación de solicitud de hojas de vida, debe especificar nombre del cargo, sueldo, requisitos, clase de contrato y un número de apartado aéreo o nacional y/o dirección donde deben ser enviadas.</b> |
| <b>MEDIDAS Y POLITICAS DE CONTROL</b>                                                                                                                                                                          |
| Todos los puntos de este procedimiento son de estricto control seguimiento                                                                                                                                     |

|                      |
|----------------------|
| <b>Observaciones</b> |
|----------------------|

|                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CUADRO 20. PROCESO DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS<br/>SELECCIÓN DE HOJAS DE VIDA</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|

**OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:** Garantizar que las hojas de vida que se reciban para nueva vinculación de personal, llenen perfiles y requisitos establecidos en el Manual de Funciones y Requisitos.

|    | <b>Descripción del procedimiento</b>                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Responsable</b>                                |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 01 | Recibe las hojas de vida que lleguen al apartado o dirección ubicada en la publicación de solicitud de personal.                                                                                                                                                                | Jefe de Recurso humano.                           |
| 02 | Revisa cada una de las hojas de vida, verificando que llenen el perfil y expectativas para el cargo.                                                                                                                                                                            | Jefe de Recurso humano                            |
| 03 | Selecciona las hojas de vida que más se ajusten al cargo, experiencia, requisitos e idoneidad.                                                                                                                                                                                  | Jefe de Recurso humano                            |
| 04 | Verifica en forma total o selectiva con las instituciones Académicas relacionadas en cada hoja de vida, la veracidad y autenticidad de créditos presentados. Solicita información referencial, en forma telefónica a las entidades o personas que relacionen las hojas de vida. | Jefe de Recurso humano                            |
| 05 | Digita e imprime un listado de las hojas de vida seleccionadas y las presenta ante el Jefe de área que solicitó un nuevo funcionario. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conjuntamente revisan perfiles y seleccionan hojas de vida para pruebas.</li> </ul>              | Jefe de Recurso humano y Jefe de área solicitante |
| 06 | Notifica por escrito o en forma telefónica a las personas seleccionadas, dándoles fecha y hora en que deben presentarse para aplicación de pruebas.                                                                                                                             | Jefe de Recurso humano                            |
| 07 | Archiva las hojas de vida no seleccionadas y deja separadas y organizadas las que presentarán pruebas.                                                                                                                                                                          | Jefe de Recurso humano                            |
|    | FIN                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                   |

|                      |
|----------------------|
| <b>Observaciones</b> |
|----------------------|

|                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Este procedimiento aplica para toda selección de nuevos funcionarios.</b> |
|------------------------------------------------------------------------------|

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>MEDIDAS Y POLITICAS DE CONTROL</b> |
|---------------------------------------|

|                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|
| Todos los puntos de este procedimiento son de estricto control. |
|-----------------------------------------------------------------|

| <b>CUADRO 21. PROCESO DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS</b><br><b>APLICACIÓN DE PRUEBAS PARA VINCULACION DE RECURSO HUMANO</b>                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b> Garantizar que la institución ingrese personal con conocimientos y responsabilidad para el desempeño de sus funciones. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                      |
|                                                                                                                                                           | Descripción del procedimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Responsable                          |
| 01                                                                                                                                                        | Recibe y saluda cordialmente a la persona citada para presentación de pruebas, en el orden de llegada según lo notificado. <ul style="list-style-type: none"> <li>Si alguna de las personas citadas no llega a la hora fijada, se le concede un margen de espera de 30 minutos.</li> <li>Si pasado este tiempo no llega la persona a presentar pruebas, continúa con el siguiente aunque no esté dentro de la hora prevista para la prueba.</li> </ul> | Jefe de Recurso humano               |
| 02                                                                                                                                                        | Informa al futuro funcionario sobre el contenido de las pruebas y le entrega los formatos necesarios y adoptados para la aplicación de las pruebas y le comunica que tiempo tiene para la entrega de cada una.                                                                                                                                                                                                                                         | Jefe de Recurso humano               |
| 03                                                                                                                                                        | Recibe los formatos en el tiempo indicado para cada persona, se despide cordialmente y le comunica el tiempo en que se salen los resultados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Jefe de Recurso humano               |
| 04                                                                                                                                                        | Revisa los formatos de aplicación de las pruebas y selecciona aquella que llene requisitos y comunica a la Gerencia y/o Junta directiva.                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Jefe de Recurso humano               |
| 05                                                                                                                                                        | Gerencia y/o Junta directiva aprueba o desaprueba la decisión. <ul style="list-style-type: none"> <li>Si no se aprueba, ordena abrir nueva convocatoria.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Gerencia General y/o Junta Directiva |
| 06                                                                                                                                                        | Recibe documentos aprobados:<br>Informa a la persona seleccionada y la cita para informarle fecha de vinculación o si le faltan documentos que soporten su ingreso a la institución.                                                                                                                                                                                                                                                                   | Jefe de Recurso humano               |
| 07                                                                                                                                                        | Recibe documentos negados:<br>Informa al jefe del área respectiva que solicitó la vinculación e inicia nueva convocatoria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Jefe de Recurso humano               |
|                                                                                                                                                           | FIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |

|                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observaciones</b>                                                            |
| <b>Este procedimiento aplica para todos los casos de Aplicación de pruebas.</b> |

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>MEDIDAS Y POLITICAS DE CONTROL</b>                          |
| Todos los puntos de este procedimiento son de estricto control |

|                    |
|--------------------|
| <b>INSTRUCTIVO</b> |
|--------------------|

| <b>CUADRO 22. PROCESO DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS<br/>VINCULACION DE RECURSO HUMANO SELECCIONADO</b>                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:</b> Ingresar personal con conocimientos y responsabilidad para el desempeño de sus funciones y presentarlo ante el personas de las áreas de la institución. |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |
|                                                                                                                                                                                            | <b>Descripción del procedimiento</b>                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Responsable</b>                   |
| 01                                                                                                                                                                                         | <p>Recibe y saluda cordialmente a la persona citada para vincularla al cargo para el cual presento las pruebas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le indica la dependencia de Recurso humano a donde debe seguir a legalizar su vinculación.</li> </ul>                          | Jefe de Recurso humano               |
| 02                                                                                                                                                                                         | <p>Entrega el contrato que se va a firmar, dejándole tiempo para que lea los compromisos, obligaciones y derechos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrega formatos para diligenciar ingreso a EPS. ARP. Y Fondos de Pensiones y Cesantías.</li> </ul>                         | Jefe de Recurso Humano               |
| 03                                                                                                                                                                                         | Si la persona seleccionada acepta las condiciones, hace firmar el contrato, asesora diligenciamiento de formatos de Seguridad Social y lo dirige hacia la sala de Capacitación para iniciar proceso de inducción.                                                                         | Jefe de Recurso Humano.              |
| 04                                                                                                                                                                                         | Instala equipo de Audiovisuales, entrega al nuevo funcionario los folletos informativos sobre la Misión, Visión y políticas institucionales.                                                                                                                                              | Jefe de Recurso Humano.              |
| 05                                                                                                                                                                                         | <p>Inicia programa de inducción, deja espacio para aprendizaje del funcionario.</p> <p>Indaga al funcionario sobre el conocimiento que se obtuvo de la capacitación.</p> <p>Termina proceso de inducción y lo dirige hacia las áreas para presentarlo ante los compañeros de trabajo.</p> | Gerencia General y/o Junta Directiva |
| 06                                                                                                                                                                                         | Una vez terminada la presentación, lo dirige hacia el puesto asignado para cumplir sus labores, indicándole cuales son sus herramientas de trabajo, y le entrega copia del Manual de Funciones.                                                                                           | Jefe de Recurso Humano               |
|                                                                                                                                                                                            | FIN                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |

|                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Observaciones</b>                                                 |
| <b>Este procedimiento aplica para todos los nuevos funcionarios.</b> |

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>MEDIDAS Y POLITICAS DE CONTROL</b>                          |
| Todos los puntos de este procedimiento son de estricto control |

|                                      |
|--------------------------------------|
| <b>INSTRUCTIVO</b>                   |
| Manual de funciones y procedimientos |

## 6.2 PROYECTO PARA ADECUACIÓN DE UNIDAD SANITARIA EN TERAPIA RESPIRATORIA Y LAVAMANOS EN LOS CONSULTORIOS DE MEDICINA GENERAL UNO Y DOS.

### 6.2.1 Objetivos.

- ✍ Optimizar la atención en el consultorio de Terapia Respiratoria garantizando la disponibilidad de una unidad sanitaria.
- ✍ Facilitar la higiene de la consulta médica general adecuando lavamanos en el consultorio médico.
- ✍ Evitar los desplazamientos del personal a otras áreas.

A continuación se presenta un cuadro explicativo del presupuesto para llevar a cabo la adecuación de la Unidad Sanitaria y los lavamanos.

Tabla 2. Presupuesto para Adecuación de Unidad Sanitaria en el consultorio de Terapia Respiratoria.

| MATERIALES         | CANTIDAD         | COSTO             |
|--------------------|------------------|-------------------|
| Arena              |                  | 30.000,00         |
| Bloques            | 100              | 30.000,00         |
| Cemento            | 2 Bultos         | 36.000,00         |
| Pegacort           | 4 Kilos          | 36.000,00         |
| Tubos              | 3                | 15.000,00         |
| Enchape            | 15 Mts Cuadrados | 150.000,00        |
| Sanitario          | 1                | 120.000,00        |
| Lavamanos          | 1                | 70.000,00         |
| Accesorios         | 5                | 50.000,00         |
| Dispensador Toalla | 1                | 25.000,00         |
| Dispensador Papel  | 1                | 25.000,00         |
| Puerta             | 1                | 80.000,00         |
| Mano de Obra       |                  | 150.000,00        |
| <b>TOTAL</b>       |                  | <b>817.000,00</b> |

Tabla 3. Presupuesto para Adecuación de Lavamanos en Consultorios 2 y 3 de Medicina General.

| <b>MATERIALES</b>  | <b>CANTIDAD</b> | <b>COSTO</b>      |
|--------------------|-----------------|-------------------|
| Arena              |                 | 20.000,00         |
| Bloques            | 50              | 15.000,00         |
| Cemento            | 1 Bulto         | 18.000,00         |
| Pegacort           | 2 Kilos         | 18.000,00         |
| Tubos              | 3               | 15.000,00         |
| Enchape            | 8 Mts Cuadrados | 80.000,00         |
| Lavamanos          | 1               | 70.000,00         |
| Accesorios         | 2               | 25.000,00         |
| Dispensador Toalla | 1               | 25.000,00         |
| Mano de Obra       |                 | 80.000,00         |
| <b>Sub - Total</b> |                 | <b>366.000,00</b> |
| <b>TOTAL</b>       | 2 Lavamanos     | <b>732.000,00</b> |

## 6.3 PROPUESTA PARA LA UNIFICACION Y SELECCIÓN DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS DE CORPOMEDICA I.P.S.

### 6.3.1 Objetivos

- ✍ Optimizar la consulta de la historia clínica en el archivo en cada una de sus tres edades (Gestión, Central e Histórico).
- ✍ Identificar, recuperar, inventariar y conservar la historia clínica como elemento fundamental para la prestación del servicio de salud.
- ✍ Determinar el destino final de la historia clínica que puede ser: la eliminación o su ubicación en el Archivo de Gestión o Central.

**6.3.2 Justificación.** Los archivos son importantes porque recopilan, conservan y difunden información registrada, generada o recibida por una entidad, en función de las actividades que esta realiza.

Los archivos constituyen parte esencial de los recursos de información de un país, porque en sus documentos se expresa el desarrollo histórico de su misión, funciones y actividades; además su importancia para la administración, la investigación, la comunidad, el desarrollo económico, social, científico y tecnológico, fomenta la cultura y la identidad nacional.

Un gobierno, una entidad o una persona deben recurrir con frecuencia a los documentos que ha producido o recibido, para determinar precedentes, verificar proyectos anteriores, cumplidos o pendientes, para llevar a cabo investigaciones, tomar decisiones, responder a trámites y demandas de orden legal, administrativo o fiscal o a requerimientos de los ciudadanos porque como es conocido por todos los derechos constitucionales como el derecho de petición artículo 23, derecho a la información artículo 20, derecho a la intimidad artículo 15, el acceso a los documentos públicos artículo 74.

Un servicio de archivo desde el comienzo hasta lo largo del desarrollo de su actividad debe ser a satisfacción de las solicitudes de información. Los fines de la función archivística son la rapidez, pertenencia, exhaustividad y economía. El inventario es un tipo de control que se establece en el depósito de archivo para conocer la cantidad y estado de los documentos que se conserven en él.

La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en su atención... (artículo 1. Resolución 1995 de 1999). <sup>(13)</sup>

---

<sup>13</sup> RIAÑO Gamboa, German. Auditoría en Salud. Bogotá: FEDEC, 1998.

Todo prestador de servicios de salud debe utilizar una historia única institucional, la cual, debe estar ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención, y organizar un sistema que le permita saber en todo momento, en que lugar de la institución se encuentra la historia clínica, y a quien y en que fecha ha sido entregada. (Parágrafo Segundo del artículo 6. Resolución 1995 de 1999).

De acuerdo a lo planteado en los párrafos anteriores una I.P.S. tiene una relevante responsabilidad en cuanto a la administración de su archivo de historias clínicas para satisfacer las necesidades de los usuarios o pacientes proveyendo el mayor beneficio con un mínimo de riesgos de pérdida de información.

**CORPOMÉDICA I.P.S.** tiene un archivo de historias clínicas creado a partir del mes de mayo de 1996, cuando empezó el contrato con **COOMEVA E.P.S.**, este archivo ha crecido de igual manera como han aumentado los usuarios, sin embargo, las falencias que se traían desde su creación se han complicado teniendo como resultado que esta es una de las áreas menos eficientes en su funcionamiento ocasionando caos en la prestación del servicio.

**6.3.3 Desarrollo de la Propuesta.** En primer lugar se pretende organizar el archivo central de historias clínicas que se encuentra ya clasificado para su ubicación en cajas, las cuales llevarán un índice en su cara principal, para esta labor se desarrollará el siguiente proceso:

- 1. Organización cronológica** en orden ascendente de los documentos encontrados en la historia clínica.
- 2. Eliminación de documentos** que tengan varias copias y de documentos sin valor científico ni administrativo para la historia clínica como las boletas de asignación de citas.
- 3. Organización de los documentos** de formatos pequeños o de tamaño menor al tamaño media carta, a través de su ubicación en formatos carta, como son imágenes de ecografías, endoscopias, electrocardiogramas, entre otros.
- 4. Foliado en orden ascendente** con lápiz mina negra en la esquina superior derecha de cada uno de los documentos que hacen parte de la historia clínica.
- 5. Elaboración del inventario documental** de las historias clínicas del archivo central consignando la información que nos presenta el legajo de la historia en el formato anexo para el inventario.
- 6. Ubicación de las historias clínicas** en orden ascendente en cajas de archivo, anexando a cada una su respectivo índice interno y una identificación externa.

**6.3.4 Proceso de organización del archivo de gestión:** comprende los siguientes pasos:

1. Verificación de cada una de las historias clínicas a través de la base de datos actualizada de los usuarios de **COOMEVA E.P.S.**

2. Búsqueda, cotejo y Unificación de las historias clínicas que aparezcan duplicadas en el archivo físico por su ubicación.

3. Selección de la historia clínica dentro de las edades del archivo, teniendo en cuenta la última fecha de atención así:

📁 **ARCHIVO DE GESTION:** Son las historias clínicas de usuarios activos, las cuales deben conservarse por un período mínimo de 20 años contados a partir de la última fecha de atención.

📁 **ARCHIVO CENTRAL:** Son las historias clínicas de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestados, transcurridos cinco años desde la última atención.

📁 **ARCHIVO HISTORICO:** Es aquel al cual se transfieren las historias clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente. Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica deberá destruirse siempre y cuando no tenga un valor de los mencionados.

4. Organización cronológica en orden ascendente de los documentos encontrados en la historia clínica.

5. Eliminación de documentos que tengan varias copias y de documentos sin valor científico ni administrativo para la historia clínica como las boletas de asignación de citas.

6. Organización de los documentos de formatos pequeños o de tamaño menor al tamaño media carta, a través de su ubicación en formatos carta, como son imágenes de ecografías, endoscopias, electrocardiogramas, entre otros. Los documentos serán pegados con una fórmula a base de estabilizador de helados garantizando que el pegante no manchará el documento, impide la propagación de microorganismos, facilita ser removido.

7. Foliado en orden ascendente con lápiz mina negra en la esquina superior derecha de cada uno de los documentos que hacen parte de la historia clínica.

8. Conformación del legajo interna y externamente con las pastas en cartulina de un solo color y formato o tamaño. La portada del legajo debe contener los datos necesarios, según resolución 1995 de 1999, anexo formato diseñado para la propuesta. La ubicación del gancho legajador se realizará con las aletas hacia abajo para garantizar la secuencia cronológica y la foliación ascendente de los documentos que se archiven posteriormente en la historia clínica.

9. Identificación de las carpetas de yute que no tengan su marbete en el portaguía y reemplazo de las carpetas que estén deterioradas.

10. Elaboración y ubicación de las guías principales en acrílico en miles y millones de acuerdo al volumen de historias según su ubicación por identificación.

11. Identificación de cada uno de los archivos, estantes y entrepaños de acuerdo a la existencia.

12. Elaboración del inventario documental de las historias clínicas del archivo de gestión consignando la información que nos presenta el legajo de la historia en el formato anexo para el inventario.

El trabajo descrito se realizará con personal bajo la responsabilidad del contratista, en un término de 4 meses contados a partir del 8 de septiembre de 2003, al igual que el computador utilizado para la verificación. El material de trabajo necesario para la ejecución del trabajo será por cuenta de la empresa beneficiada, como son:

- Carpetas
- Ganchos legajadores
- Resmas de hojas tamaño carta
- Colbon
- Borradores
- Lápices
- Marbetes
- Marcadores
- Stickers - reforzadores
- Estabilizador de helados
- Cajas de Archivo
- Cartulinas tamaño oficio de un solo color

6.3.5 Sistematización del Archivo de Historias Clínicas: la tendencia en las Instituciones Prestadoras de Salud es la administración de la información de la historia clínica a través de software o medios magnéticos que permitan la

disposición de la información de forma oportuna, con letra legible y unificar los registros de todas las atenciones en un solo informe de historia.

CORPOMEDICA I.P.S., ha gestionado la adquisición de un software que permita el manejo integral de los procesos de la I.P.S. a través de un solo programa incluyendo los registros de la Historia Clínica, se encontro con viabilidad en terminos de costos y eficiencia de la información un software desarrollado por una I.P.S. llamada JAIBANA, el cual esta integrado por modulos que ofrecen confianza en el manejo de la información asistencial, como en el proceso de facturación y expedición de autorizaciones, se proyecta en un término tener implementado este programa teniendo en cuenta que se deben realizar adecuacion de redes de información y de equipos para cada punto de usuarios. En cuanto a las Historias Clínicas se debe llevar a cabo el proceso de escaneo de cada una de las historias de archivo de gestión para ser incluidas en el software que se desarrollara en un tiempo de ocho meses.

### **CUADRO 23. PROCESO DE ADMINISTRACION DE HISTORIAS CLINICAS PROCEDIMIENTO ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS PARA ATENCION AMBULATORIA**

**OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:** Garantizar la conservación y custodia de las historias clínicas que permitan el acceso en relación con la prestación de los servicios médicos y el análisis de la estadística general.

|    | <b>Descripción del procedimiento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Responsable</b>  |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 01 | <p>Revisa en el software disponible o en la agenda física, las citas asignadas en la institución para consultas, procedimientos diagnósticos, procedimientos terapéuticos y cirugías ambulatorias.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La revisión de la agenda se debe hacer el día anterior a la cita, cuando la IPS asigne citas previamente y el día de la cita, cuando se asignen ese mismo día.</li> </ul> | Auxiliar de Archivo |
| 02 | <p>Busca en el software disponible o en el kárdex si la historia existe en la institución.</p> <p><b>EXISTE:</b> Continúa con el paso 03.</p> <p><b>NO EXISTE:</b> realiza la apertura de la historia clínica de acuerdo con el instructivo "<i>Manual de Manejo y diligenciamiento de las Historias Clínicas</i>" y continúa con el paso 04.</p>                                                                       | Auxiliar de Archivo |
| 03 | <p>Verifica el estado de la historia clínica:</p> <p><b>DISPONIBLE:</b> Continúa con el procedimiento.</p> <p><b>EN PRESTAMO:</b> Solicita al profesional o servicio la devolución de la historia y entrega hoja de evolución de historia clínica, registrando en el encabezado todos los datos de identificación que permitan su anexión a la carpeta de la</p>                                                        | Auxiliar de Archivo |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|    | historia. <b>EN ARCHIVO CENTRAL O HISTÓRICO:</b> Traslada la historia al archivo, registrando en el software disponible o en el kardex el hecho.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |
| 04 | <p>Prepara los paquetes de historias y hojas de evolución por servicio y/o por profesional de la salud, registrando su salida de la siguiente manera:</p> <p><b>HISTORIAS ORIGINALES:</b> En el software disponible o en el kardex, mediante el formato <b>"Formato para préstamo de Historias Clínicas"</b> en original y copia.</p> <p><b>HOJAS DE EVOLUCIÓN:</b> En una planilla física o base de datos magnética que permita su seguimiento (la jefatura del archivo clínico podrá solicitar colaboración a la coordinación de sistemas para ésta labor).</p> | Auxiliar de Archivo |
| 05 | Entrega las historias clínicas y hojas de evolución a la persona designada en cada servicio con la copia de los listados y solicita la firma de los mismos, en constancia de recibido.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Auxiliar de Archivo |

## **6.4 PROPUESTA DEL MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION DE CORPOMEDICA IPS.**

**6.4.1 Presentación.** La Ley 100 de 1993 reorganiza el Sistema de Salud en Colombia, buscando regular el servicio público esencial en Salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención, garantizando el cumplimiento de los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Igualmente define administrativamente las entidades del orden público y privado que desarrollarán el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud, acondicionados los diferentes regímenes que cubren la población.

**CORPOMEDICA** actúa como institución prestadora de servicios de salud desde el año 2003, desarrollando actividades dentro del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo a través de la contratación por capitación del I nivel de complejidad para la atención de los afiliados a **COOMEVA E.P.S.** S.A., lo que corresponde a una población aproximada de 30.000 usuarios en todo el departamento del Caquetá.

Teniendo en cuenta que **CORPOMEDICA** es una IPS de primer nivel y muchas de las actividades deben ser remitidas a un nivel superior o en este caso II nivel de complejidad se ha estructurado una red de prestadores de servicios a nivel local y departamental que garantiza la coordinación institucional para la prestación integral de los servicios de salud en el nivel contratado.

Como política de **CORPOMEDICA** se diseña el Plan de Gestión para la Calidad buscando garantizar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y la prestación de un servicio oportuno, eficiente y eficaz. La Elaboración del Manual de Referencia y Contrarreferencia permite estandarizar los procesos de remisión de un nivel a otro y asegurar la contrarreferencia como medio de control y seguimiento a las actividades generadas en cada uno de los niveles, así mismo, realizar una evaluación de la pertinencia y calidad clínica de los servicios, evolución médica del paciente y la recuperación de la salud.

### **6.4.2 Objetivos**

1. Facilitar y agilizar el tránsito del paciente del primer al segundo nivel de atención y sus correspondientes instancias administrativo – asistenciales, de acuerdo con las necesidades de cada caso particular.

2. Establecer una red de servicios intra e interinstitucional que permita la distribución organizada de las referencias, mejorando las condiciones de eficiencia y oportunidad en el servicio.
3. Optimizar el acceso de los usuarios a las distintas unidades prestadoras de la red de servicios de la institución de acuerdo a la clase y severidad de la(s) patología(s) que estos presenten.
4. Satisfacer las necesidades en salud de los usuarios respecto a la demanda de servicios que requieren de una complejidad mayor a la de su atención original.
5. Garantizar que las diferentes actividades y procedimientos que se le realicen a los usuarios correspondan desde un enfoque lógico y óptimo, a la eficiente utilización del saber y tecnología médica disponible, con el propósito de generar un real beneficio en las condiciones de salud del usuario en las distintas fases de promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
6. Generar herramientas que garanticen la retroalimentación de las diversas aproximaciones diagnósticas o conductas terapéuticas que ha recibido el usuario en los diversos niveles de atención.

#### **6.4.3 Definiciones Preliminares**

- **PLAN OBLIGATORIO DE SALUD:** Es el conjunto básico de servicios de atención e salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al régimen contributivo. Este plan permite la protección integral de las familias a: maternidad y enfermedad general, promoción y fomento de la salud y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para las enfermedades en él contempladas.
- **NIVEL DE COMPLEJIDAD:** Para la prestación del Plan Obligatorio de Salud se establecen cuatro niveles de complejidad definidos de acuerdo a la tecnología utilizada en cada actividad, intervención o procedimiento.
- **ATENCION AMBULATORIA:** Es toda actividad, intervención o procedimiento que se realiza sin necesidad de internar al paciente por un período mayor de 24 horas.
- **URGENCIA:** Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requieren de la protección inmediata de

- servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas, presentes o futuras.
- REMISION: Es el proceso administrativo-asistencial mediante el cual se transfiere el cuidado del paciente de un médico u odontólogo, a otro profesional o institución de distinto nivel o especialidad, con la consiguiente transferencia de la responsabilidad por la salud del paciente.
- CONTRARREFERENCIA: Es una respuesta de la entidad receptora, sobre la remisión o interconsulta una vez atendido el paciente, acompañada de una guía o plan de manejo que el paciente debe continuar en el lugar de residencia.
- INTERCONSULTA: Es la solicitud expedida por el profesional responsable de la atención, dirigida a los médicos de atención médica especializada y de salud ocupacional, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones sobre la conducta a seguir en determinados pacientes, sin asumir la responsabilidad directa de tratantes. Es decir, no hay en ese aspecto transferencia de la responsabilidad por parte del médico u odontólogo general. La interconsulta tiende a la conformación de consulta integrada; para su realización puede haber desplazamiento del paciente o del profesional solicitante.
- ORDEN DE SERVICIO: Es la solicitud de la realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o complementación terapéutica.
- CUOTA MODERADORA: Es el aporte en dinero que hace el usuario al utilizar un servicio en el que su intensidad de uso esta relacionada en gran parte por su decisión voluntaria, equivalente al aporte de su valor total, definido en las tarifas, para el sector público, y cuya finalidad es regular la utilización y estimular el buen uso del servicio, promover en el paciente el seguimiento de las actividades, intervenciones, y procedimientos descritos en las guías de atención que los conduzca a mantenerse en condiciones saludables, a recuperar efectivamente la salud y a disminuir o minimizar sus consecuencias.
- COPAGO: Es el aporte en dinero que hace el usuario al utilizar un servicio equivalente a una parte de su valor total definidos en las tarifas del sector público, y cuya finalidad es contribuir a la financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud.
- ACTIVIDAD: Es la utilización de un recurso particular bien sea físico, humano o tecnológico dentro del proceso de promoción y fomento de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

- **PROCEDIMIENTO:** Es la secuencia lógica de un conjunto de actividades utilizadas dentro del proceso de promoción y fomento de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
- **INTERVENCION:** Es un conjunto de actividades y procedimientos acordes con un diagnóstico, dentro del proceso de promoción y fomento de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
- **DIAGNOSTICO:** Son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a demostrar la presencia de la enfermedad, su estado de evolución, sus complicaciones y consecuencias presentes y futuras para el paciente y la comunidad
- **TRATAMIENTO:** Son aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a modificar, aminorar o hacer desaparecer los efectos inmediatos o mediatos de la enfermedad que alterna el normal funcionamiento laboral, familiar, individual y social del individuo.

#### **6.4.4 Diseño del Sistema de Referencia y Contrarreferencia**

**Definición.** Es el método por el cual los usuarios ingresan al servicio de salud a través del médico general o el servicio de urgencias, quién de acuerdo a la patología presentada decide remitir al paciente a un médico especialista; este último diagnóstica, formula y remite nuevamente al médico general para el control, tratamiento y seguimiento de la enfermedad.

**Descripción Operacional.** El Sistema de Referencia y Contrarreferencia funciona bajo la responsabilidad directa de la Coordinación Médica de **CORPOMEDICA** ubicada en la carrera 9 No. 8-77 El Prado.

El recurso humano disponible y necesario para el funcionamiento de este sistema esta conformado por:

- **El médico General:** Profesional de la Salud en medicina general, quien realiza la valoración inicial del paciente, el diligenciamiento de la historia clínica y del formato de remisión o interconsulta de pacientes.
- **Medico Especialista:** Profesional de la Salud que realiza la valoración del paciente, el diligenciamiento de la historia clínica y del formato de Contrarreferencia de pacientes.

- **Coordinador Médico:** Profesional de la salud responsable de la verificación de la prioridad, diligenciamiento, pertinencia de la remisión o interconsulta, al igual que la realización de la contrarreferencia.
- **Auxiliar de citas especializadas y autorizaciones:** Persona encargada de la recepción de las solicitudes de remisión, interconsultas o ayudas diagnósticas y terapéuticas, comprobación de derechos, facturación del servicio y asignación de la respectiva cita. Así mismo, es responsable de brindar información al usuario y de entregar oportunamente los listados para el envío de la historia clínica al consultorio del especialista.
- **Auxiliar de Archivo de Historias Clínicas:** Persona encargada de la búsqueda y envío de las historias clínicas y del correcto archivo de los documentos que se generan de la contrarreferencia.
- **Mensajero:** Persona que transporta las historias clínicas con la debida referencia a los consultorios de los especialistas y la contrarreferencia nuevamente al archivo.

Las fuentes de acceso al Sistema de Referencia y Contrarreferencia se puede dar por dos vías: la primera es a través de las instituciones locales de primer nivel, la segunda es a través de la Oficina de Atención al usuario para los afiliados que solicitan servicios en las I.P.S.'s no adscritas a la Red o en municipios no asignados como I.P.S..

Los mecanismos de acceso son las diferentes modalidades de solicitud de servicios emitidas, tanto por el médico general como por los profesionales paramédicos y especialistas, de acuerdo al contenido de esta solicitud se da la prioridad y característica especial de cada referencia.

La oficina de Referencia y Contrarreferencia esta conformada por todas las dependencias relacionadas, las cuales intervienen en el proceso de gestión de las referencias con diferentes niveles de responsabilidad y operatividad pero articuladas para garantizar la eficiencia y efectividad del proceso traducido en una atención de calidad y oportuna ofreciendo los mejores resultados.

**Recursos Técnicos y Tecnológicos.** La Oficina de Referencia y Contrarreferencia cuenta con los elementos de las dependencias de Coordinación Médica, Auditoria Médica y Atención al Usuario para la realización de los procesos, entre ellos encontramos:

- Tres (3) equipos de computo con impresora.

- Dos (2) líneas telefónicas directas con acceso a discado directo nacional
- Dos teléfonos celulares con un acceso a planes de 850 minutos.
- Un equipo para el servicio de fax

**Red de Servicios. CORPOMEDICA – I.P.S.** cuenta con una red de servicios propia y contratada de cobertura departamental y local. A nivel local se tiene una sede para la prestación de servicios de I nivel de complejidad, al igual que para los servicios de urgencias de baja complejidad.

A nivel Departamental existe contrato vigente por evento, para la atención de actividades del I nivel de complejidad y urgencias con los hospitales locales y centros de salud de los municipios de: Albania, Belén, Cartagena del Chaira, Curillo, Montañita, Milán, Morelia, San José del Fragua, Solano, Solita y Valparaiso; en los municipios de El Paujil, El Doncello, San Vicente del Caguán la contratación es por capitación para el I nivel de complejidad, con Clínicas Privadas, en el municipio de Puerto Rico de tiene contratación con el Hospital San José para la atención de las urgencias, laboratorio clínico, hospitalización de I nivel y radiología, además se cuenta con sede propia para la atención de la Consulta Médica y Odontológica, suministro de medicamentos y programas de promoción y prevención. De igual manera, se tiene en cada municipio una red de Droguerías contratadas para el suministro de medicamentos.

#### **6.4.5 Descripción de los Procesos**

- Evaluación Del Paciente. La evaluación inicial del paciente esta a cargo del médico general o el odontólogo, en consulta externa o urgencias, teniendo acceso a este servicio en forma directa y por solicitud del paciente en la sede de Consulta Externa o en las instituciones de nuestra red de servicios a nivel local (Florencia) o Regional (municipios del Caquetá).

La consulta puede generar una remisión o una interconsulta a un nivel superior y este a su vez referir o solicitar un servicio de un nivel de mayor complejidad. Para tener acceso a este servicio, el profesional debe diligenciar en forma correcta el formato de referencia y contrarreferencia diseñado por la entidad para tal fin.

El usuario debe acercarse al punto de atención de medicina especializada o coordinación médica u odontológica en su caso, en donde se dará tramite a la remisión, verificando el correcto diligenciamiento del formato y la adjudicación de la cita con el especialista escogido por el usuario, después de la presentación de alternativas de la red de servicios y la verificación de derechos.

- Referencia del paciente. La referencia del usuario se puede generar a nivel Local o Regional.
- Consulta Especializada. En el caso de las remisiones a nivel Local, serán diligenciadas en el punto de atención de medicina especializada, adjudicando las citas con cada especialista. El manejo de la historia clínica se realiza en forma interna, transportando la historia clínica y el formato de referencia por parte del mensajero, a los diferentes consultorios de los especialistas, y a los centros de diagnóstico que lo necesite, garantizando de ésta manera la respectiva cadena de custodia.
- Las remisiones a nivel Departamental. Se pueden generar en los municipios en los cuales no se cuente con el servicio solicitado, remitiendo la solicitud vía fax al punto de atención de medicina especializada o la oficina de atención al Usuario, en donde le será adjudicada su cita con el especialista requerido o al centro de diagnóstico solicitado, comunicándose posteriormente con el usuario para dar la información de la cita asignada.
- Complementación diagnóstica. Las diferentes modalidades de complementación diagnóstica son:
  - Laboratorio clínico
  - Imagenología
  - Radiología
  - Pruebas especiales realizadas por otras especialidades
  - Exámenes especiales de otras especialidades en salud.

Toda solicitud de servicios de complementación diagnóstica debe ser realizada por escrito, diligenciando el formato de solicitud de servicios en el cual se especificara la sospecha diagnóstica, el servicio solicitado, un breve resumen de historia clínica y las consideraciones lógico-científicas que soportan dicha solicitud.

Una vez aprobada la solicitud se expedirá la orden de servicio o carta de autorización para que se efectúe la ayuda diagnóstica en la unidad funcional propia o adscrita a lugar, la cual se le entregará al usuario para acceder entonces al servicio.

- Contrarreferencia. Con el propósito de retroalimentar la información generada de un proceso de referencia al nivel que se originó, se hace necesario establecer estrategias de contrarreferencia, las cuales se describen a continuación:

Al acudir el usuario al lugar de la referencia, se debe diligenciar el formato de contrarreferencia, diseñado en forma sencilla, en la misma de hoja de la referencia. Su diligenciamiento es de carácter obligatorio.

El formato cuenta con el original que se archiva en la historia clínica del paciente, si la contrarreferencia deriva otros servicios, se debe acudir a Coordinación Médica, para el debido diligenciamiento de la referencia de acuerdo a lo ya definido en este manual.

Si el paciente ha sido hospitalizado o se le ha practicado una cirugía, la institución en donde se le ha practicado el procedimiento o ha prestado el servicio, remite en el momento de la salida del paciente, una copia legible de la Epicrisis, la cual será evaluada por coordinación médica y archivada en la historia clínica en un término no mayor de 48 horas.

**Acceso Al Servicio.** El afiliado a **COOMEVA E.P.S.**, en caso de urgencia, debe solicitar el servicio ante la I.P.S. más cercana a su residencia o lugar de paso, presentando el carné y documento de identidad. La I.P.S. que atiende el evento se comunica a la Oficina de Atención al Usuario donde se recibe vía fax la epicrisis de la respectiva atención, se verifican derechos y se envía la autorización del servicio vía fax. En caso de ser un servicio de consulta externa o actividades de promoción y prevención, el usuario se comunica con la Oficina de atención al Usuario, se registran los datos de solicitud del servicio, justificación de la atención y verificación de derechos, para finalmente autorizar el servicio.

Si es necesario la realización de actividades adicionales a las autorizadas se solicita nuevamente la justificación y se realiza el procedimiento de autorización.

- Atención de Usuarios de Municipios del Caquetá. Es muy común que los usuarios que han escogido como ciudad de residencia municipios del Caquetá excepto Florencia, soliciten servicios en la capital, para lo cual se ha determinado que los usuarios de los municipios contratados por evento pueden utilizar los servicios en Florencia, sin ningún tipo de autorización previa, sin embargo los municipios en los cuales la contratación es por capitación, solo se prestará el servicio de urgencias o los servicios solicitados según remisión de la I.P.S. asignada.

**6.4.6 Red de Comunicaciones.** La red de comunicaciones es un servicio de apoyo para las unidades hospitalarias y ambulatorias cuyas funciones son:

- Garantizar la comunicación interna y externa de la entidad entre sus diversas sedes, instituciones propias y contratadas, unidades funcionales y profesionales responsables de la atención en salud a los usuarios de **CORPOMEDICA**.

- Facilitar la coordinación, planeación y realización de los diferentes procesos de la atención salud en las etapas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación efectuados al usuario en las diversas instituciones y unidades funcionales de la red de atención de la institución.
- Constituirse en una herramienta para el acceso, información y orientación del usuario a la entidad respecto a sus inquietudes y/o necesidades y de esta manera generar una respuesta oportuna y eficiente.
- Agilizar los procesos de referencia y contrarreferencia.

- **Componentes.** Esta red dispone de los medios que permiten la realización de los procesos de comunicación en sus dos modalidades: Interna o Externa y sus componentes son:

Unidades principales de comunicación localizadas en las instituciones identificadas como sedes; se define como una entidad de gestión localizada e integrada con la oficina de atención al usuario o coordinación médica.

- Oficina de atención al Usuario: Elemento del subsistema de información y atención al usuario que tiene como finalidad la orientación del afiliado y sus beneficiarios respecto a la oferta y procesos institucionales para la satisfacción de sus necesidades en salud el cual será descrito en el manual específico que hace referencia a dicho modelo.
- Línea de Atención e Información al usuario: Se dispone de una línea telefónica continua exclusiva para la atención de los usuarios de **CORPOMEDICA** a través de la cual el usuario obtendrá la información a lugar en forma personalizada o automatizada o realizar las consultas o notificaciones a lugar.

|                             |                                                                  |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 1.1.1.1.1 Número Telefónico | Telefax: 098 - 4355797                                           |
| Funcionario que atiende     | DIANA ANDREA SANTOS BARON                                        |
| Ubicación oficina y Horario | Cra. 9 No 8 – 77 El Prado<br>07:00 á 12:00 y 13:30 á 18:00 horas |

Será soporte de esta red el recurso tecnológico descrito a continuación:

- Líneas telefónicas externas: Cada sede o institución propia dispone de una línea telefónica directa y fax la cual podrá ser utilizada tanto por el cliente

- interno o externo para la realización de los procesos de referencia y contrarreferencia en cuestión.
- Líneas telefónicas internas: Cada sede o institución propia dispone adicionalmente de un sistema de comunicación interna a través de conmutador que garantiza el adecuado flujo de información entre las diversas unidades funcionales de atención y profesionales que laboran en ellas.

Dentro de los recursos utilizados para la comunicación permanente con nuestros lugares de referencia son:

- Línea telefónica directa y fax para la solicitud de citas fuera del departamento. Teléfono 4355797.
- Línea telefónica y fax para la solicitud de citas a especialistas dentro del departamento. Teléfono 4358575.
- Teléfono celular portado por el funcionario que se encuentra en disponibilidad. Teléfono 3108526451.
- Correo electrónico: La empresa tiene sus sedes intercomunicadas adicionalmente a través de una red de fibra óptica la cual permite a través de un componente informático la comunicación electrónica entre los diversos usuarios de este modelo. Así mismo se cuenta con una información electrónica a la cual el usuario podrá acceder respecto a información de la entidad.

Dirección electrónica: **CORPOMEDICA**\_ips@telecaquetá.com.co.

#### **6.4.7 Red de Transporte**

Definiciones. Es un servicio de la unidad funcional de apoyo hospitalario dirigido al traslado de pacientes que contempla la disponibilidad de ambulancias en cantidad y calidad, fundamentado en el funcionamiento e integración de una red de atención hospitalaria, esquemas de referencia y contrarreferencia y la red de comunicaciones, garantizando entonces la atención oportuna y eficaz de los pacientes minimizando los riesgos y complicaciones.

Se entiende por ambulancia una unidad móvil terrestre o aérea que se encuentra acondicionada para el transporte de pacientes críticos o limitados y que contiene los recursos humanos y tecnológicos que aseguren la calidad de atención en el usuario.

Los servicios son clasificados en simples (destinado únicamente a traslado de pacientes cuyo estado actual o potencial no es de riesgo y no requiere procedimiento asistencial alguno durante su traslado), asistencial el cual puede ser básico o medicalizado.

- Procesos. El servicio de transporte en ambulancias es realizado a través de proveedores a saber:

- Instituciones Hospitalarias subcontratadas las cuales cuentan con ambulancias.

Para la contratación de este servicio la entidad o institución deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- Cumplimiento de los requisitos respecto a condiciones generales y dotación de acuerdo a lo especificado en la resolución 9279 de 1993.
- Disponibilidad de mecanismos de comunicación interna y externa, es decir línea telefónica 24 horas para atención de solicitudes y red de comunicación interna a través de radioteléfono.
- Idoneidad del recurso humano y capacitación específica.
- Diligenciamiento de historia clínica y record del servicio prestado sin excepción.
- Existencia de normas de bioseguridad.
- Existencia y normatización de procesos respecto a las siguientes actividades contenidas en un manual.
  - a) Recepción de solicitudes y clasificación del servicio solicitado
  - b) Determinación de condiciones del usuario
  - c) Confirmación de actividad con instituciones remitora y receptora
  - d) Protocolos médicos de atención.
  - e) Control de traslado.

El modelo consistirá entonces en la solicitud del servicio por cualquiera de las unidades de gestión involucradas en el sistema de referencia y contrarreferencia las cuales en conjunto con el proveedor planearán el transporte del usuario, conforme a las condiciones lógico-médicas del mismo y el servicio a prestar, los cuales fueron descritos anteriormente.

De acuerdo a la complejidad del traslado u otra consideración médica se realizara coordinación y confirmación adicional del servicio, entre los grupos médicos de las

instituciones remisorias, transportadoras y receptoras con el propósito de minimizar el riesgo para el usuario.

Finalmente la institución realizara el traslado previa recepción de la orden de servicio expedida por la unidad funcional remisoria.

Traslado De Pacientes. El traslado del usuario será definido por el médico tratante de acuerdo a la gravedad de la patología y estado clínico del paciente.

Su traslado puede realizarse así:

#### Urgencias

- Vía Aérea: Sentado  
En camilla  
Con Oxígeno y personal de salud acompañante.
- Ambulancia: Terrestre con personal de salud acompañante.

- Vía Terrestre. **CORPOMÈDICA I.P.S.** cuenta con el servicio de ambulancias en convenios con todas las entidades prestadoras de servicio en los municipios del Caquetá, dotadas según las necesidades del paciente. El contacto con las ambulancias se realiza por medio de radioteléfonos instalados en los vehículos y portátiles que utilizan los conductores en la red pública. Su utilización en los municipios es ordenada por el médico de urgencias.

## 7. CONCLUSIONES

1. **CORPOMEDICA I.P.S.**, es una entidad que cumple con las condiciones de habilitación en un 90% de sus servicios de salud, lo que garantiza a **COOMEVA E.P.S.**, como contratante y a los usuarios que recibirán un servicio con las condiciones mínimas de calidad.
2. CORPOMÉDICA I.P.S., cuenta con un recurso humano, suficiente y potencialmente capacitado para prestar sus servicios de salud con excelente calidad, sin embargo se encontraron deficiencias de tipo administrativo en el área de desarrollo humano.
3. En **CORPOMEDICA**, existen algunos procesos que no están documentados, creando dificultades en la toma de decisiones, así mismo muchos de esos procesos deben ser cambiados constantemente por factores externos como las exigencias del contratante, del usuario o de los organismos de control.
4. CORPOMÉDICA I.P.S., cuenta con la ventaja de ser una organización que se adapta fácilmente a los cambios, pues al implementar el proyecto de depuración del archivo de historias clínicas este se inició inmediatamente con excelentes resultados para el funcionamiento de este servicio.
5. La cultura organizacional de una entidad es el plan de ruta hacia el camino del éxito, sin embargo en CORPOMÉDICA no se le ha dado, desde la dirección, la importancia a su fortalecimiento.
6. No se evidencia a nivel institucional ningún proceso que permita realizar seguimiento a la aplicación de las guías o protocolos de manejo, los únicos comités que existen y funcionan son los de historia clínica médica y odontológica, pero su responsabilidad es muy operativa en cuanto al diligenciamiento de la Historia, por otro lado, existe el comité Técnico Científico que hasta la fecha sólo se limita a las autorizaciones de actividades fuera del P.O.S. y al estudio de casos de usuarios que han presentado solicitudes o reclamos en la atención médica del servicio.
7. La entidad cumple a cabalidad con el manejo de los desechos contaminados, sin embargo, se presenta un inconveniente externo al no existir en la región un incinerador de desechos que preste los servicios a las

entidades privadas, los dos que existen pertenecen a entidades públicas y su capacidad no permite la utilización de terceros del servicio de incineración, por lo tanto, la eliminación de los desechos contaminados se hace a través de la incineración manual y entierro en el basurero municipal previa autorización del IMOC. La entidad tiene como objetivo lograr negociar con las entidades públicas la prestación del servicio de incineración, pero hasta la fecha no se ha llegado a ningún acuerdo.

## **8. RECOMENDACIONES**

1. Adoptar e implementar las propuestas de desarrollo institucional con el fin de dar cumplimiento a los estándares de las condiciones básicas del proceso de habilitación.
2. Realizar una revisión de cada uno de los procesos documentados y no documentados que soportan la prestación del servicio de salud y desarrollar las actualizaciones pertinentes que permiten incorporar acciones para el mejoramiento de la calidad en la atención.
3. Destinar los recursos financieros y humanos para la implementación del proceso de mejoramiento de la calidad de la atención en salud, con el fin de generar de forma implícita en los procesos de servicios cada uno de los niveles de auditoría de la calidad.
4. Realizar la novedad para el registro de los servicios del grupo extramural de Promoción y Prevención y de las camas de observación.
5. Definir responsables y normalizar el proceso de selección y vinculación de personal teniendo en cuenta que la institución presta servicios a través de personal asistencial y administrativo, este personal debe contar con unas actitudes y aptitudes que se integren a los objetivos de calidad de la organización.
6. Evaluar la oportunidad de licitar con otras entidades la prestación del servicio del I nivel de atención.

## **BIBLIOGRAFIA**

MINISTERIO DE SALUD. DECRETO 2309 DEL 15 DE OCTUBRE DE 2002, por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud: Minsalud, 2002.

RESOLUCIÓN NUMERO 1439 DE 2002, por la cual se adoptan los formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores del Servicio de Salud, los manuales de estándares y de procedimientos, y se establecen las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicio de Salud y los definidos como tales. Bogotá: Minsalud, 2002.

ANEXO TECNICO 1 - RESOLUCIÓN NUMERO 1439 DE 2002, por la cual se adoptan los formulario de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores del Servicio de Salud, los manuales de estándares y de procedimientos, y se establecen las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicio de Salud y los definidos como tales. Bogotá: Minsalud, 2002.

ANEXO TECNICO 2 - RESOLUCIÓN NUMERO 1439 DE 2002, por la cual se adoptan los formulario de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores del Servicio de Salud, los manuales de estándares y de procedimientos, y se establecen las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicio de Salud y los definidos como tales. Bogotá: Minsalud, 2002.

RESOLUCIÓN 486 del 4 de Abril de 2003 Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 001439 del 1º de Noviembre de 2002, Bogotá: Minsalud, 2003.

CIRCULAR EXTERNA NÚMERO 15 del 4 de abril de 2003. Por la cual el Ministerio de la Protección Social hace precisiones y da instrucciones en relación con la aplicación del Decreto 2309 de 2002 y de la Resolución 1439 de 2002,

MALAGON, Gustavo; GALAN, Ricardo y PONTON, Gabriel. Auditoria en Salud. Colombia: Panamericana, 1998. 503 p.

MENDOZA, José María. Las Funciones Administrativas, 2 ed. Barranquilla: Uninorte, 1993. 285p.

SERNA Gómez, Humberto. Planeación y Gestión Estratégica. 4 ed. Bogotá: Ram Editores, 1996. 343 P.

MENDEZ Lozano, Rafael Armando. Formulación y Evaluación de Proyectos. 2 ed. Neiva: Fotolito Herbol, 2000. 260 p.

RIAÑO Gamboa, German. Auditoria en Salud. Bogotá: Femec, 1998. 114 p.

CHIAVENATO, Idalberto. Administración de Recursos Humanos. 2 ed. Bogotá: McGraw-Hill, 1994. 540 p.

MINISTERIO DE SALUD, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Desafíos para los Recursos Humanos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Arfo, 2002. 180 p.

HARRINGTON, H JAMES. Mejoramiento de los procesos de la Empresa. Editorial McGraw Hill. 1.994. 160 p.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACIÓN. Síntesis Ilustrada de las Normas Icontec para Tesis y Otros Trabajos de Grado. Bogotá: ICONTEC, 2003. 48 p.

## ANEXO A. PROCESO DE FACTURACIÓN

### PROCESO FINANCIERO PROCEDIMIENTO REVISION DE CUENTAS Y FACTURACION POR SUMINISTROS

**OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:** Establecer la conformidad de las cuentas de cobro y facturación, de acuerdo con los Contratos de suministro, tarifas pactadas.

|    | Descripción del procedimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Responsable                           |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 01 | Recibe las facturas de los proveedores y las envía a la coordinación administrativa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Secretaria de gerencia                |
| 02 | recibe las facturas, revisa y entrega al área financiera los soportes de la cuenta, orden, factura y nota de entrada.                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Coordinación administrativa           |
| 03 | <p>Revisa soportes, liquida los impuestos legales correspondientes a cada una de las facturas entregadas y verificadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si presentan inconsistencias por mala facturación, enmendaduras, tachones o borrones, entrega a la secretaria de gerencia para elaborar oficio y devolver al proveedor.</li> <li>• Introduce en el sistema contable las facturas.</li> </ul> | Coordinador financiero                |
| 04 | Recibe respuesta de notificación de mala facturación, verifica que se ajusten a las tarifas pactadas entrega a la coordinación financiera y continúa con el punto 05.                                                                                                                                                                                                                                             | Auxiliar de facturación               |
| 05 | Elabora relación de cuentas y facturas por pagar y las presenta al Ordenador de Gastos (Gerente General o quien haga sus veces) para que avale los pagos.                                                                                                                                                                                                                                                         | Coordinador financiero                |
| 06 | Recibe las cuentas y facturas, revisa, avala el pago y devuelve a la coordinación financiera.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Ordenador de Gastos o Gerente General |
| 07 | Recibe cuentas y facturas avaladas para pago, y procede al pago, previo aval de jefe del área contable.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Coordinador financiero                |
|    | FIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |

**PROCESO FINANCIERO**  
**PROCEDIMIENTO REVISION DE CUENTAS Y FACTURACION**  
**POR PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD**

**OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:** Establecer la conformidad de las cuentas de cobro y facturación, de acuerdo con los Contratos de prestación de servicios, Manuales Tarifarios o tarifas pactadas.

|    | <b>Descripción del procedimiento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Responsable</b>                    |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 01 | Recibe las facturas de los proveedores, la radica en el sistema visoft y envía a auditoria medica para revisión pertinente.                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Auxiliar de facturación               |
| 02 | Recibe las facturas ya radicadas en el sistema. Facturas y soportes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Auditor medico                        |
| 03 | Evalua pertinencia de cada uno de los soportes entregados, Diligencia formato de evaluación de pertinencia.<br>Si presentan no pertinencia o falta de soportes entrega al auxiliar de facturación para que elabore oficio y devuelva a la entidad prestadora del servicio, con las glosas que se requieran.<br>En el caso que no se presente pertinencia diligencia formato de aprobación y sigue al paso 05. | Auditor medico                        |
| 04 | Recibe respuesta de notificación de mala facturación o glosas, verifica que se ajusten a las normas establecidas en los Manuales Tarifarios y continúa con el punto 05.                                                                                                                                                                                                                                       | Auxiliar de facturación               |
| 05 | Recibe soportes de auditoria médica y prepara documentación para entregar en la coordinación financiera                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Auxiliar de facturación               |
| 06 | Elabora relación de cuentas y facturas por pagar y las presenta al Ordenador de Gastos (Gerente General o quien haga sus veces) para que avale los pagos.                                                                                                                                                                                                                                                     | Coordinacion financiera               |
| 07 | Recibe las cuentas y facturas, revisa, avala el pago y devuelve al Revisor de cuentas y facturación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Ordenador de Gastos o Gerente General |
| 08 | Recibe cuentas y facturas avaladas para pago, y las envía al Jefe del área Contable y procede al pago previo aval del jefe del área contable                                                                                                                                                                                                                                                                  | Revisor de cuentas y facturación.     |
|    | FIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |

**PROCESO FINANCIERO**  
**PROCEDIMIENTO RECAUDO CUOTAS MODERADORAS Y**  
**COPAGOS-TESORERIA**

**OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:** Recaudar y guardar el dinero correspondiente a los pagos de copagos y cuotas moderadoras por servicios ambulatorios y asegurar el pago de todos los pacientes que tiene la obligación de realizarlo.

|    | <b>Descripción del procedimiento</b>                                                                                                                 | <b>Responsable</b>                      |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 01 | Remite al usuario al area de asignación de citas para el pago correspondiente de los servicios a prestar en cada una de las áreas de la institución. | Jefe de área de prestación de servicios |
| 02 | Solicita al usuario las órdenes de servicio autorizadas.                                                                                             | Auxiliar de Citas                       |
| 03 | Verifica en el sistema el estrato correspondiente al usuario y le informa la cantidad que debe cancelar de acuerdo al estrato.                       | Auxiliar de Citas                       |
| 04 | Entrega el dinero de acuerdo a la cantidad requerida.                                                                                                | Usuario                                 |
| 05 | Diligencia el recibo de pago lo entrega al usuario e indica a que dependencia debe dirigirse para ser atendido.                                      | Auxiliar de Citas                       |
| 06 | Guarda el dinero en un lugar seguro (Preferiblemente en caja de caudal)                                                                              | Auxiliar de Citas                       |
|    | FIN                                                                                                                                                  |                                         |

**PROCESO FINANCIERO****PROCEDIMIENTO GLOSAS DE CUENTAS POR PAGAR**

**OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:** Tener clara la información del valor a cancelar en cada una de las facturas presentadas a la institución.

|    | <b>Descripción del procedimiento</b>                                                                                     | <b>Responsable</b>      |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 01 | Revisa y conceptúa sobre el valor no aceptado en la factura entregada y radicada.                                        | Auxiliar de Facturación |
| 02 | Elabora el informe de glosa, adjuntando el número de la factura, cantidad de dinero correspondiente y concepto de glosa. | Auxiliar de Facturación |
| 03 | Imprime los informes de glosas.                                                                                          | Auxiliar de Facturación |
| 04 | Entrega glosas al mensajero para distribuirlas.                                                                          | Auxiliar de Facturación |
| 05 | Lleva a cada sitio las glosas para ser radicadas.                                                                        | Mensajero               |
| 06 | Entrega las glosas radicadas con su correspondiente firma, fecha y sello de radicación.                                  | Mensajero               |
| 07 | Recibe las glosas radicadas, las verifica, las incluye en el sistema y las organiza el archivo correspondiente a glosas. | Auxiliar de Facturación |
|    | FIN                                                                                                                      |                         |

## ANEXO B. GUIAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN PARA LAS PRIMERAS DÍEZ CAUSAS DE CONSULTA MÉDICA

### CORPORACIÓN MÉDICA DEL CAQUETA

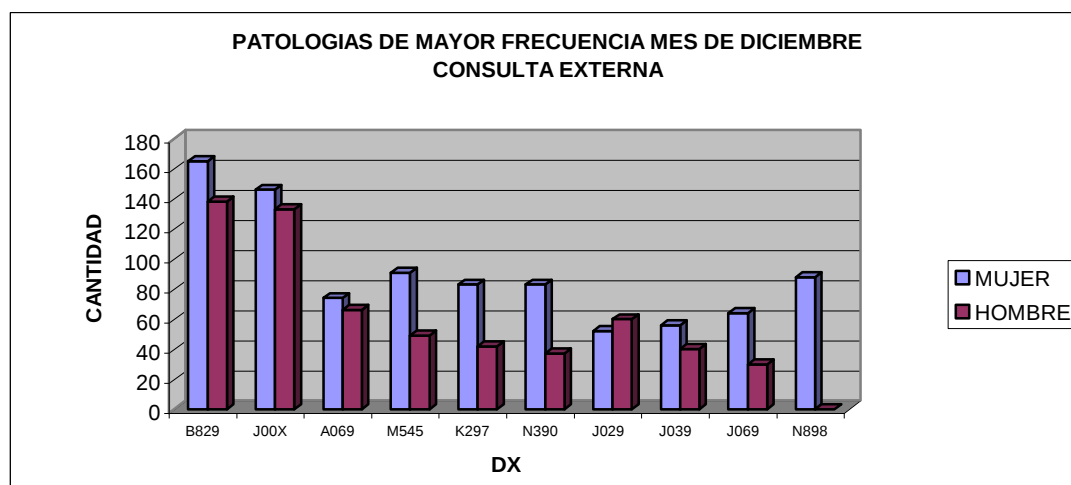
#### PRIMERAS DIEZ PATOLOGÍAS DE MAYOR FRECUENCIA DEL MES DE DICIEMBRE DE 2003 (Ver Cuadro 25).

##### CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL

| COD  | NOMBRE                                                                | MUJER | HOMBRE | TOTAL |
|------|-----------------------------------------------------------------------|-------|--------|-------|
| B829 | PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION                       | 165   | 138    | 303   |
| J00X | RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)                                | 146   | 133    | 279   |
| A069 | AMEBIASIS, NO ESPECIFICADA                                            | 74    | 66     | 140   |
| M545 | LUMBAGO NO ESPECIFICADO                                               | 91    | 49     | 140   |
| K297 | GASTRITIS, NO ESPECIFICADA                                            | 83    | 42     | 125   |
| N390 | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO                    | 83    | 37     | 120   |
| J029 | FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA                                     | 52    | 60     | 112   |
| J039 | AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA                                    | 56    | 40     | 96    |
| J069 | INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA | 64    | 30     | 94    |
| N898 | OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS NO INFLAMATORIOS DE LA VAGINA          | 88    | 0      | 88    |

Fuente: Estadísticas mensuales de patologías de **CORPOMEDICA I.P.S.**

#### PATOLOGÍAS DE MAYOR FRECUENCIA MES DE DICIEMBRE CONSULTA EXTERNA



Fuente: Estadísticas mensuales de patologías de **CORPOMEDICA I.P.S.**

## PARASITOSIS

### Amibiasis

**Cuadro Clínico** Diarrea, retorcijones, heces semilíquidas, mucosas sanguinolentas, dolor abdominal difuso y en zona hepática, debilidad, pujo y tenesmo, como manifestaciones agudas.

#### Diagnóstico:

- clínico
- Coprológico: Trofozoitos o quistes de E. histolítica o E.Coli.

#### Tratamiento

Manejo inicial: METRONIDAZOL : 500 mg VO c/8 horas por 7 días

Niños: 40 mg/kg/ día VO c/8 horas por 7 días

TINIDAZOL: 2g diario VO en una dosis por 2 días para adultos.

SECNIDAZOL: 2g diario VO dosis única.

Niños 30mg/Kg día VO dosis única.

En Embarazadas: TECLOZAN: 500 mg VO c/12 horas por 3 dosis.

### Giardiasis

**Cuadro Clínico:** Cólico, flatulencia, distensión abdominal diarrea alterna con constipación, síntomas de enfermedad duodenal.

#### Diagnóstico

- clínico
- Coprológico: Trofozoitos o quistes

**Tratamiento:** Se acostumbra en los casos de amibiasis, por 5 días.

TINIDAZOL: 2g diario VO en una dosis única para adultos.

SECNIDAZOL: 2g diario VO dosis única.

Niños 30mg/Kg día VO dosis única.

### Ascaridiasis

**Cuadro Clínico** Dolor abdominal, manifestaciones alérgicas, neumotitis en casos de migración larvaria.

### **Diagnòstico**

- clínico
- Coprológico: huevos característicos
- Eliminación espontánea del parásito vía rectal, oral o nasal.

### **Tratamiento**

PAMOATO DE PIRANTEL: 10 mg/Kg/día VO. Dosis única.

PIPERACINA: 50 -100 mg/Kg/día VO, por 5- 7 días.

ALBENDAZOL: 400 mg VO. Dosis única.

### **Tricocefalosis**

**Cuadro Clínico:** Dolor abdominal, trastornos vagos en abdomen.

### **Diagnòstico:**

- clínico
- Coprológico: huevos característicos

### **Tratamiento**

MEBENDAZOL: 100 mg VO C/12 horas, por 3 días

ALBENDAZOL: 400 mg VO. Dosis única.

### **Oxiuriasis**

**Cuadro Clínico** Prurito rectal, trastornos vagos en abdomen.

### **Diagnòstico**

- clínico
- Test de la cinta adhesiva para observar huevos característicos

### **Tratamiento**

MEBENDAZOL: 100 mg VO C/12 horas, por 3 días

PAMOATO DE PIRANTEL: 10 mg/kg/día VO, dosis única.

## **ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA**

**Definicion** La diarrea es una enfermedad caracterizada por la evacuación frecuente (3 ó más en 24 horas) de deposiciones blandas o líquidas.

**Etiología** Virus, bacterias, parásitos y hongos como principales agentes causales de enfermedad diarreica aguda infecciosa.

### Diagnostico

- Clínico
- Coprológico: directo: 5 ó más leucocitos por campo es sugestivo de enfermedad diarreica bacteriana.
- Azúcares reductores en fecales: ++ ó más se considera positivo.

**Tratamiento** Valoración correcta del estado de hidratación para establecer terapia según PLANES A y B por enfermería en los NIVELES 1y 2 y el PLAN C por el médico, en los mismos NIVELES.

### VALORACIÓN DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN

|                              |                                |                                                   |                                                                                                                           |
|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. OBSERVE                   |                                |                                                   |                                                                                                                           |
| CONDICIÓN                    | BIEN ALERTA.                   | INTRANQUILO                                       | COMATOSO                                                                                                                  |
| OJOS                         | NORMALES                       | IRRITABLE HUNDIDOS                                | HIPOTONICO<br>MUY HUNDIDOS Y SECOS                                                                                        |
| LAGRIMAS                     | PRESENTES                      | AUSENTES                                          | AUSENTES                                                                                                                  |
| BOCA Y LENGUA                | HUMEDAS                        | SECAS                                             | MUY SECAS                                                                                                                 |
| SED                          | BEBE NORMAL SIN SED            | SEDIENTO, BEBE RAPIDO Y AVIDAMENTE                | BEBE MAL O NO ES CAPAZ DE BEBER                                                                                           |
| 2. EXPLORE SIGNO DEL PLIEGUE | DESAPARECE RÁPIDAMENTE         | DESAPARECE LENTAMENTE                             | DESAPARECE MUY LENTAMENTE MAYOR DE 2 SEGUNDOS.                                                                            |
| 3. DECIDA                    | NO TIENE SIGNOS DE HIDRATACIÓN | SI PRESENTA DOS O MAS SIGNOS TIENE DESHIDRATACIÓN | SI PRESENTA DOS O MAS SIGNOS INCLUYENDO POR LO MENOS UN SIGNO TIENE DESHIDRATACIÓN GRAVE, ESTADO COMATOSO, INDICA SCHOCK. |
| 4. TRATE                     | USE PLAN A                     | USE PLAN B. PESE AL NIÑO SI ES POSIBLE            | USE PLAN C. PESE AL NIÑO                                                                                                  |

## • PLANES DE HIDRATACIÓN

**PLAN A:** Para prevenir deshidratación mediante atención ambulatoria incrementando la ingesta de líquidos.

### **Edad Suero Oral después de cada evacuación Sobres de suero**

Menor de 1 año 50 – 100 ml 1 Sobre por día

1-10 años 100 – 200 ml 1 Sobre por día

Mayor de 10 años Todo lo que desee 4 Sobres por día

Evaluación en 24 horas; si no responde, iniciar Plan B. (Recordar que el suero preparado sólo dura 24 horas, el sobrante debe desecharse.)

### **PLAN B:**

**SUERO ORAL:** La cantidad de líquidos a suministrar se calcula multiplicando el peso en Kg x 50 - 100 ml, así:

### **Peso (Kg) Volumen (ml)**

3 150 – 300

5 250 – 500

8 400 – 800

10 500 – 1.000

15 750 – 1.500

Distribuir el volumen total para 4-6 horas y evaluar. Pasar al PLAN A si hay mejoría. Si continúa deshidratado, repetir el PLAN B por 2 horas y reevaluar. Si la deshidratación aumenta, remitir al médico para aplicar PLAN C.

### **PLAN C.**

#### **Tipo de Solución Cantidad de líquidos Tiempo de Administración**

Hartman IV 30ml/Kg 1 hora.

Hartman IV 40 ml/Kg Dentro de las 2 horas siguientes

Sales de Deshidra - 40 ml/kg Dentro de las 3 horas siguientes.

gtación oral

Administrar antibióticos ante sospecha de diarrea bacteriana, teniendo en cuenta que los gérmenes más frecuentes son Shiguella, Salmonella, E.Coli.

Niños menores de 12 años: TRIMETROPIN – SULFAMETOXAZOL: 8 + 40 mg/kg/día VO c / 12 horas por 5 días.

Adultos: TRIMETROPIN – SULFAMETOXAZOL: 160 + 800 mg VO c / 12 horas por 5 días.

Realizar el coprocultivo y tratar según germen aislado. (Remitir muestra a Nivel II)

**Evaluación del tratamiento** Si el paciente mejora continuar con el Plan A o B según estado de hidratación, si no hay mejoría remitir al Nivel II, al pediatra para definir hospitalización y reevaluar manejo con antibióticos si se realizó coprocultivo.

## **LUMBAGO**

La lumbalgia, es una de las principales causas de consulta en atención primaria, en la Institución ocupa el cuarto lugar.

### **Cuadro Clínico:**

Dolor en ocasiones tensión muscular -, en la región anatómica comprendida entre la reja costal y la región glútea, se presenta entre el 80 a 90 por ciento de los adultos en algún momento de su vida, con una duración variable entre pocos días y varias semanas, generalmente de buen pronóstico y autolimitado (90% de los pacientes mejora en las primeras 6 semanas). Cuando el dolor se irradia por debajo de las rodillas siguiendo el trayecto del nervio ciático se habla de lumbociática.

### **ORIGEN RAQUIDEO (Primaria)**

- Causa mecánica inespecífica
- Causa no mecánica
  - Inflamatoria: Espondilitis anquilosante, Sx Reiter, Osteitis condensante, artritis.
  - Tumores benignos: Nuriomas, meningiomas, osteoma osteoide.
  - Tumores malignos: Mieloma múltiple, metástasis de Ca de mama, pulmón, próstata y tiroides; leucemia
  - Infecciosa: Tuberculosis, brucelosis, espondilodiscitis.
  - Metabólica: Enf. PageT, osteoporosis, osteomalacia.
  - Psicógena.

### **ORIGEN EXTRA RAQUIDEO (Secundaria)**

- Osteoarticular no vertebral: caderas, sacro iliacas.
- Visceral: digestivo, genitourinario.
- Vascular: aneurisma aortico.

### Síndrome de cola de caballo

- Dificultad en la micción o incontinencia.
- Incontinencia fecal o pérdida del tono del esfínter anal
- Hispoestesia en silla de montar (ano perine y genitales)
- Déficit neurológico progresivo

### Lumbalgia Sospechosa

- Edades pico: menores de 20 y mayores de 55 años.
- Dolor de origen no mecánico
- Causa traumática
- Fiebre
- Antecedente de neoplasia
- Dolor constante y progresivo sin ritmo mecánico
- Uso de corticoesteroides
- Drogodependencia
- VIH
- Pérdida progresiva de peso
- Deterioro neurológico
- Limitación severa y persistente de la flexión lumbar.
- Como se ve en la mayoría de los casos de lumbalgia, no se requiere de paraclínicos en la evaluación inicial, su solicitud se justifica ante la sospecha de enfermedad maligna o infecciosa, en cuyo caso se solicitará el examen que sea necesario para confirmar dicha entidad

### Tratamiento:

El tratamiento del cuadro de dolor lumbar simple en atención primaria es conservador, con analgésicos y/o AINES.

Salvo en los primeros 2 ò 3 días en que el dolor puede ser severo e invalidante, no está indicado hacer reposo.

**Evaluación de Tratamiento:** El retorno temprano a la actividad física normal y la limitación del tiempo de quietud absoluta en cama.

Los analgésicos y los AINES son útiles para aliviar el dolor y mejoran la capacidad funcional, en dolor lumbar crónico los analgésicos son menos eficaces que los AINES.

Se deberá remitir de manera urgente al especialista todo paciente en el cual se encuentre durante el diagnóstico sospecha de Sx de cenida equina, así como en forma prioritaria todo aquel paciente con déficit neurológico, en los caso de lumbalgia sospechosa se solicitaran los paraclínicos pertinentes de acuerdo con la sospecha diagnóstica y/o se considerara la remisión al especialista según hallazgos.

## **GASTRITIS Y DUODENITIS**

### **Cuadro Clínico:**

Anorexia.  
 Plenitud y presión epigástrica  
 Náuseas y vómito  
 Dolor Cólico  
 Agriera  
 Dolor de cabeza  
 Calambres musculares

### **Diagnóstico**

- Clínico
- Hábitos tales como el cigarrillo, alcohol, determinados medicamentos y tipo de alimentación ingerida.
- Endoscopia digestiva superior: Inflamación o ulceración de la mucosa. Biopsia para detectar *Helicobacter pylori*. (Ayuda diagnóstica de Nivel 2)
- Rayos X de esófago, estómago y duodeno como alternativa de la endoscopia (ayuda diagnóstica de Nivel 2).

### **Tratamiento**

Manejo inicial

- Dieta blanda, balanceada y frecuente.
- Corrección de hábitos
- HIDROXIDO DE ALUMINIO 400 mg + HIDROXIDO DE MAGNESIO 400 mg + SIMETICONA 30 mg: 15cc VO 1 y 3 horas después de los alimentos y al acostarse durante 4 semanas.

**Evaluación de Tratamiento:** Si la endoscopia o los Rayos X muestran signos de gastritis o duodenitis severa con persistencia de la sintomatología, debe replantearse el manejo y suministrar como alternativas:

- SUCRALFATE: 1g VO antes de las comidas y a las 22 horas o
- RANITIDINA: 150 mg VO c/12 horas durante 4 a 6 semanas ò 300 mg VO c/24 horas.

De acuerdo a la respuesta con estos últimos medicamentos, se solicita nueva endoscopia en 6 semanas.

Si no hay respuesta, se remite al NIVEL 2 para evaluación por Cirujano o Internista.

## **INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS**

**Definición:** Presencia de bacterias en la orina con un recuento mayor de 100.000 colonias por c.c. de orina, en presencia o ausencia de síntomas.

### **Etiología:**

E. Ccii (80%) Proteus. Klebsiella. Staphylococcus. Chlamydia.

### **Cuadro Clínico**

En Adultos:

Cistitis: Disuria, polaquiuria, dolor hipogástrico, hematuria.

Pielonefritis aguda: Fiebre, escalofríos, náuseas, vómito, dolor al palpar ángulo costovertebral.

Uretritis: Disuria, polaquiuria, pero sin crecimiento bacteriano o con crecimiento no significativo.

En Niños:

En periodo neonatal hace parte de un cuadro infeccioso sistémico.

En lactantes

Fiebre, micciones incompletas, repercusión en el desarrollo.

En el niño mayor

Disuria, polaquiuria, enuresis.

### **Diagnóstico**

- Clínico
- Citoquímico de orina y urocultivo. (Enviar muestra a NIVEL 2).

- Citoquímico: Bacterias, leucocitos (mayor de 10) y nitritos (+) Cultivo: Muestra de chorro de certeza del 75%.
- En muestra de punción vesical, cualquier número de bacterias es significativo.
- Recuentos de 10.000 -100.000 son significativos, cuando el paciente recibe un antibacteriano, en caso de contaminación con antisépticos urinarios o ante la presencia de bacterias Gram positivas.

## **Tratamiento**

Cistitis: - TRIMETROPIN SULFAMETOXAZOL: 160mg+800 mg VO c/12 horas por 5 días.

- NITROFURANTOINA: 100 mg VO c/6 horas por 5 días.

Pielonefritis:

- GENTAMICINA: 1-2 mg/Kg/dosis c/8 horas IV por 2 días y según evolución continuar IM hasta 10 días.
- TRIMETROPIN SULFAMETOXAZOL: 160+800 mg VO c/12 horas por 10-14 días.
- NORFLOXACINA: 400 mg VO c/12 horas por 10 días.
- ACETAMINOFEN +N-BUTILBROMURO DE HIOSCINA: 50-10 mg VO c/8 horas por 2-3 días.

En niños suministrar:

- ACIDO NALIDIXICO: 50-60 mg/Kg/día VO c/8 horas por 10 días
- NITROFURANTOINA: 5-7 mg/Kg/día VO c/6 horas por 10 días.

En niños severamente comprometidos suministrar:

- AMIKACINA: 5mg/Kg/día IM en una dosis.

En el embarazo suministrar:

- AMPICILINA: 500 mg VO c/6 horas por 7-10 días
- NITROFURANTOINA: 100 mg VO c/6 horas por 10 días.

En caso de pielonefritis en embarazada, hospitalizar y administrar:

- AMPICILINA: 1g IV c/6 horas hasta la mejoría y continuar con 500 mg VO c/6 horas durante 20 días.
- CEFALOTINA: 1 gr IV c/6 horas hasta la mejoría y continuar con:
- CEFALEXINA: 500 mg VO c/6 horas por 20 días.

## **Evaluación del Tratamiento:**

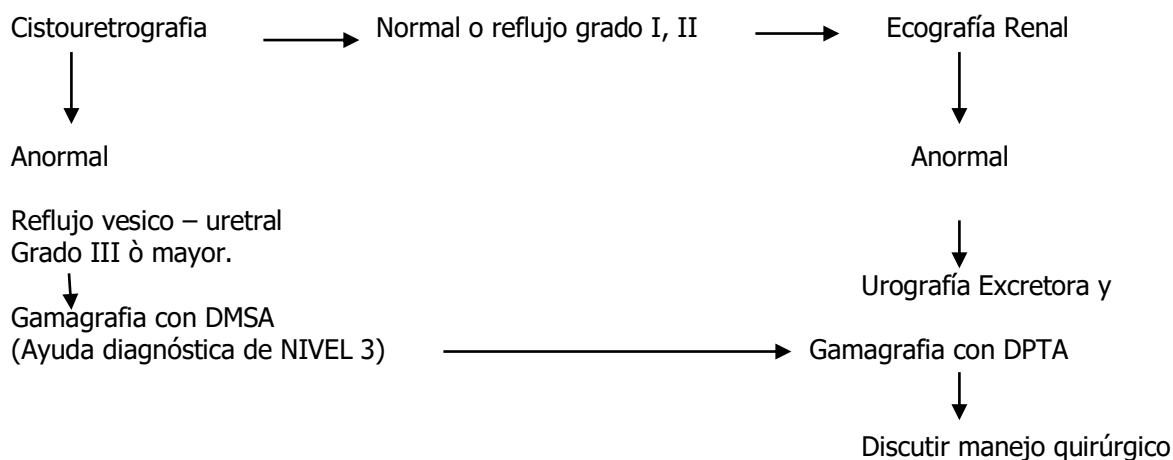
Mejoría en el transcurso de 48-72 horas; de lo contrario, replantear manejo de antibióticos de acuerdo al urocultivo. Si no se tiene, iniciar:

- CEFAZOLINA: 1g c/6 horas IV o:
- CIPROFLOXACINA: 200 mg IV c/8 horas ò 500 mg VO c/12 horas por 14 días.

En caso de recurrencias se aconseja profilaxis con:

- TRIMETROPIN + SULFAMETOXAZOL: 2/10 mg /Kg/día VO en una dosis por 3, 6, 12 meses en niños.
- NITROFURANTOINA: 50 mg VO por día durante el mismo tiempo en adultos.

Estudio radiológico en caso de infección urinaria. (Ayuda diagnóstica en NIVEL 2).



DMSA: Ácido Dimercapto Succínico.

DTPA: Ácido Dietilendiamino Pentaacético.

DMSA: Se une a los túbulo renales y se acumula en la corteza renal funcionando. EL ingreso de la corteza de este marcador se determina por el flujo sanguíneo intrarrenal y la función transportadora de la membrana celular del túbulo proximal. Áreas de captación disminuida sin pérdida de volumen indican pielonefritis, si se presentan ambos, representan viejas cicatrices.

En niños está indicado el estudio radiológico desde el diagnóstico de la primera infección urinaria.

Se debe remitir al NIVEL 3 a urólogo cuando se detectan anomalías radiológicas en vías urinarias, infecciones urinarias a repetición, elevación de creatinina y hematuria persistente.

## FARINGITIS

### Cuadro Clínico:

- Resequedad de garganta
- Secreción espesa

- Tos
- Dolor
- Edema

### **Diagnóstico:**

- Clínico

### **Tratamiento:**

- Suprimir irritantes.
- Irrigación con solución salina.
- Antibióticos si tiene rinitis, sinusitis o amigdalitis, similar a esquemas de fase aguda.

### **Evaluación del Tratamiento:**

Remisión al NIVEL 3 para evaluación por Otorrinolaringólogo.

## **SINUSITIS CRONICA**

**Definición** Inflamación recurrente de la mucosa que tapiza los senos paranasales.

**Síntomas** Pueden ser mínimos. Cefaleas frecuentes, escurrimiento posterior, rinorrea, Olor fétido, tos seca, cefalea, dolor local, trastornos digestivos, dispepsias, anorexia, fatigabilidad fácil, irritabilidad.

**Examen Físico** Dolor moderado ó leve en los senos afectados  
Dolor a la percusión  
Obstrucción nasal  
Escurrecimiento posterior

**Examen de laboratorio** Cuadro hemático: Leucocitosis, VSG aumentada, cultivo de secreción nasal para determinar agente causal.

**Datos radiológicos** RX senos paranasales  
Engrosamiento de la mucosa sinusal asociado con la presencia de líquido  
Quiste ó pólipos. El hueso que rodea a los senos puede encontrarse engrosado.

### **Tratamiento**

Antibióticos de acuerdo con antibiograma  
Vasoconstrictores sistémicos en asocio con,  
Antihistamínicos

Corrección de deformidades anatómicas  
 Evitar irritantes alérgicos  
 Nebulizaciones  
 Irrigación salina  
 Cirugía

- **Pautas para remitir**

Ataques repetidos, obstrucción nasal persistente, desviación tabique nasal, pólipos.

- **Evaluación del tratamiento** Remisión al Otorrinolaringólogo en el Nivel III.

## **LARINGITIS**

**Definición** Inflamación de la mucosa de la laringe, puede ser infecciosa, viral, bacteriana. O no infecciosa como en los casos de nódulos en cuerdas vocales, papilomas, traumatismos, tumores, inhalaciones de humos.

**Sintomatología** Disfonia Crónica, Tos, Expectोरación, Resequedad de garganta, Mucosa engrosada.

**Examen Físico** Disfonía, hiperemia y edema laríngeo.

### **Manejo y Tratamiento**

- Reposo de la voz
- Analgésicos
- Antihistamínicos
- Nebulizaciones

- **Pautas para remitir**

Cuadros repetitivos de laringitis  
 Laringitis con duración de tres semanas

## **AMIGDALITIS CRONICA Y ENFERMEDAD CRONICA DE ADENOIDES**

**Cuadro Clínico**

- Edema o fibrosis de amígdalas.
- Criptas con secreción
- Odinofagia
- Tos
- Aliento fétido
- Obstrucción nasal
- Respiración bucal

**Diagnóstico:**

- Clínico
- Rayos X de cavum: Hipertrofia de tejido adenoideo y amígdalas que obstruyen vía aérea.

**Tratamiento:**

- PENICILINA BENZATINICA: 50.000 U/Kg/día IM dosis única en caso de reagudización.
- Cirugía en NIVEL 3.

**Evaluación del Tratamiento:**

Remisión a Otorrinolaringólogo en el NIVEL 3.

**VAGINITIS Y LEUCORREA****Origen de las secreciones vaginales**

- a. Secreciones vulvares: dependientes de las glándulas sudoríparas, de Skene y de Bartholin.
- b. Transudado de la pared vaginal.
- c. Células exfoliativas: Superficiales dependientes de estrógenos, Intermedias dependientes de progesterona, y Parabasales.
- d. Moco cervical: Aumenta fluidez y volumen en período preovulatorio.
- e. Líquido de endometrio y trompas: Varía de acuerdo con niveles de Estrógeno y progesterona.

- **CARACTERÍSTICAS DE LAS SECRECIONES VAGINALES:**

- Neonato:
  - pH 3.7 - 6.3
  - Rico en glucógeno

Proliferación de microorganismos colonizadores de la madre.

- Prepúber:  
pH 6 - 8  
Escaso en glucógeno  
Predomina flora Gram-positiva y bacilos Gram-negativos
- Edad productiva:  
pH 4 - 5  
Presencia de Ácido Láctico  
Lactobacilos y flora acidófila.  
Hay cinco veces más anaeróbios que aeróbios.
- Menopausia:  
Atrofia del epitelio vaginal  
pH neutro  
No hay bacterias acidófilas  
Predominan bacterias patógenas que invaden la mucosa vaginal.

### Clasificación

- **Leucorrea fisiológica** Del 5 al 10 % de la población femenina que se queja de Leucorrea no tiene infección sino aumento del moco cervical ó de las células descamativas vaginales.

- a) Signos y Síntomas:  
Secreción blanca y viscosa
- b) Diagnóstico:  
pH 3.8 - 4.2  
Frotis: Flora bacteriana normal
- c) Tratamiento:  
Evitar duchas vaginales, tampones, toallas, antisépticos. Dar explicaciones a la paciente.

- **Vaginitis inespecíficas** Se encuentran gérmenes como el Staphilococcus, Streptococcus, Proteus, Bacteroides, etc. Se aplica también a las leucorreas que no demuestran germen patógeno definido y que responden a asociación de gérmenes anaeróbios y Gardenella. Se asocia a vulvitis inespecífica, disminución de defensas, pubertad, menopausia, insuficiencia gonadal, exceso de lavados vaginales, cuerpos extraños y espermicidas.

- a) Signos y síntomas:

Flujo blanco líquido.  
Ocasionalmente prurito.

b) Diagnóstico:

pH 5.8 - 7.8

Aumento de Leucocitos

Flora mixta

No hay lactobacilos

c) Medidas higiénicas locales:

Óvulos de Furacín, isodine o tetraciclina 1/día / 7 días

En Vaginitis recurrente por déficit de estrógenos, Ayerogen crema diariamente por tres semanas.

• **Vaginitis específicas**

• **Candidiasis** Del 80 - 90% por *Cándida albicans*.

Factores predisponentes:

Diabetes, uso de antibióticos, drogas inmunosupresoras, embarazo, anemia, desnutrición.

a) Signos y síntomas:

Prurito vaginal y vulvar generalmente premenstrual

Disuria

Flujo blanco y viscoso que se adhiere a las paredes vaginales

Eritema vulvar y perineal

Lesiones en piel por rascado

b) Diagnóstico:

Un pH menor de 4.5

Micelios en frotis ó citología

c) Tratamiento:

El tratamiento de elección es el Clotrimazol en óvulos ó crema 2 veces al día ó una vez al día por 7 días.

El tratamiento alterno es la Nistatina Óvulos 1 cada 12 horas por 10 días

El tratamiento a la pareja es con Clotrimazol 1 - 2 veces al día por 7 días y frotis de control al mes.

El tratamiento en recidivas consiste en investigar y tratar factores predisponentes y un tratamiento oral con ketoconazol 800 mg / 5 días.

- **Gardenella vaginalis** El germen *Gardenella vaginalis* está asociado a anaeróbios

Factores predisponentes:

Infección del compañero sexual 90%. Se puede aislar en mujeres asintomáticas en un 40%.

a) Síntomas y signos:

Leucorrea fétida no relacionada con la menstruación.

Prurito

Ardor vaginal

Aumento de Síntomas después del coito.

Leucorrea blanca-grisácea homogénea acuosa.

b) Diagnóstico:

Leucorrea homogénea

Un pH de 4.5

Olor a pescado al mezclar con KOH 10%

Células clave en frotis ó citología

c) Tratamiento:

Metronidazol 500 mg. 2 veces al día por 7 días.

Para el tratamiento del compañero sexual la misma medicación. No relaciones sexuales.

- **Trichomonas** El germen causante es la *Trichomona vaginalis*. Coexiste con el *Gonococcus*.

Factores predisponentes: Transmisión sexual 95%. Mujeres asintomáticas 3 - 15%.

a) Síntomas y signos:

Leucorrea abundante premenstrual fétida

Prurito vaginal y vulvar

Dispareunia

Disuria

Hiperemia vulvar y vaginal

Sangrado fácil por congestión

Compromete glándulas periuretrales, uretra y endocérvix.

b) Diagnóstico

Un pH mayor de 4.5

Determinación en frotis ó citología

c) Tratamiento:

Metronidazol 500 mg. 2 tab diarias por 10 días.

Igual para el tratamiento de la pareja.

- **Cervicitis** Los gérmenes involucrados: Clamidia T, Trichomona vaginalis, N. gonorrhea  
Factores predisponentes: Mujeres jóvenes, bajo nivel socioeconómico, promiscuidad sexual, uso de anovulatorios orales.

a) Síntomas y signos:

Secreción mucosa purulenta

Sangrado intermenstrual

Flujo no fétido

Dispareunia

Al examen el cuello sangra fácilmente con un moco amarillo espeso que fluye del endocérnix.

b) Diagnóstico:

El descrito para Trichomona.

Gonococo: Frotis (diplococos Gram-negativos intracelulares) confirma cultivo

Clamidia: Con clínica de cervicitis y diagnóstico negativo para Trichomona ó Gonococo.

Otros: laboratorio especializado: pruebas serológicas y cultivos.

c) Tratamiento:

Trichomona: el descrito

Gonococo: Penicilina Procaínica 2'400.000 U.I I.M.

Alterno con Espiramicina 2 gr. 1 amp I.M

Chlamydia: Doxiciclina 100 mg. C/12 horas por 7 días

En embarazo: Eritromicina 500 mg. C/6 horas por 7 días

En casos severos y recurrentes de Cervicitis se puede intentar la criocirugía ó la electrocauterización del cervix, manejo este que realiza el Ginecólogo.

## **ANEXO C. PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE ODONTOLOGÍA**

### **1. ENFERMEDADES PERIODONTALES Y DE LA ENCÍA**

#### **GINGIVITIS**

**Definición.** La gingivitis es la inflamación del tejido de la encía, cuya gravedad depende de la intensidad, duración y frecuencia de los factores irritativos locales y la resistencia de los tejidos.

#### **Etiología.**

Factores Locales:

- Bacteriano
- Cálculos
- Comida Impactada
- Restauraciones o Prótesis defectuosas
- Respiración Bucal
- Malposición dental
- Aplicación de medicamentos

Factores Sistémicos:

- Factores Nutricionales
- Acción de medicamentos
- Disfunciones endocrinas (embarazo y diabetes)
- Alergias
- Herencia
- Infecciones granulomatosas específicas
- Disfunción Nutricional
- Inmunopatías
- Infección por el VIH – SIDA

#### **Examen Clínico.**

- Irritantes locales (placa bacteriana y cálculos)
- Caries Interproximal anormal o mal reconstruidas
- Caries Subgingival
- Edema (perdida del pontado gingival)
- Cambios del color de la encía (de rosado hasta azul)
- Presencia de exudado

- Puede o no haber bolsas (pseudobolsas)
- Inflamación de papilas interdentes

### **Tratamiento.**

#### Fase de Higiene Oral

- Promoción, educación y motivación en Salud Oral
- Control de placa bacteriana
- Remoción de cálculos supragingivales
- Fisioterapia

#### Fase Clínica

- Remoción de cálculos subgingivales
- Corrección operatoria defectuosa
- Refuerzo de fase de Higiene Oral

## **GINGIVITIS ULCERONECROSANTE (GUN)**

**Definición.** Tipo común de gingivitis que se manifiesta en las 3 fases (aguda, subaguda y crónica) y afecta principalmente al margen gingival libre, la cresta de la encía y las papilas interdentes.

**Etiología.** Es causada por una asociación fusospiroquetal, generalmente asociada a una enfermedad sistémica subyacente. Además existen factores predisponentes como son el hábito del tabaco, los traumatismos dentales, las crisis emocionales y las endocrinopatías.

**Manifestaciones Clínicas.** Presencia de inflamación, eritema, edema y necrosis de la papila interdental en forma de sacabocado. Presenta una membrana amarilla grisácea que desprende al raspado, dejando una superficie cruenta.

Hay hemorragia espontánea y la halitosis fétida característica. Puede comprometer el hueso subyacente produciendo una osteomielitis localizada.

### **Exámenes auxiliares de Diagnóstico.**

- Directo
- Antibiógrama

### **Tratamiento.**

- Control de los factores predisponentes.
- Limpieza superficial de la cavidad bucal.

## Tratamiento Farmacológico

- Antibióticos
  - Adultos:
    - PENICILINA PROCAINICA: 400.000UI/día por vía IM diaria durante 7 días o FENOXIMELITILPENICILINA: 5ml c/8 horas VO durante 7 días.
    - ERITROMICINA al 5%: 5ml c/8 horas VO por 7 días
  - Niños
    - PENICILINA PROCAINICA: 400.000UI/día por vía IM diaria durante 7 días o FENOXIMELITILPENICILINA: 5ml c/8 horas VO durante 7 días.
    - ERITROMICINA al 5%: 5ml c/8 horas VO por 7 días
- Analgésicos: Enjuagatorios con agua oxigenada de 12 volúmenes diluido en agua en proporción de 1 a 4.
  - Adultos
    - ACETAMINOFEN: 500mg c/6 horas VO durante 3 días.
  - Niños
    - ACETAMINOFEN al 3%: 5ml VO c/6 horas durante 3-4 días.

## PERIODONTITIS

**Definición.** Inflamación de los tejidos de soporte con pérdida de los mismos, generalmente precedida por gingivitis.

**Etiología.** Tiene los mismos factores etiológicos de la gingivitis.

### Manifestaciones Clínicas.

- Gingivitis generalizada
- Hipersensibilidad dentinal
- Hemorragia espontánea o provocada
- Halitosis fétida y desagradable

### Examen Clínico.

- Presencia de cálculos sub y supragingivales.
- Formación de bolsas peridontales.
- Al presionar hay salida de material purulento.
- Encía inflamada y edematizada.

- Hay movilidad moderada.
- Hay retracción gingival.

### **Examen Radiográfico**

- Radiogramas periapicales o panorámicas: en las cuales se observa pérdida ósea.

### **Tratamiento.**

#### Fase de higiene oral

- Promoción, educación, motivación.
- Control de la placa bacteriana.
- Remoción de cálculos supragingivales.
- Fisioterapia

#### Fase clínica

- Remoción de cálculos subgingivales
- Corrección de operatoria defectuosa
- Eliminar bolsas periodontales mediante curetaje y/o gingivectomía.
- Refuerzo de higiene oral.

**Evaluación del Tratamiento.** Después del tratamiento puede persistir en los pacientes con infección por el VIH. Remitir a las facultades de odontología al Periodoncista.

Actividad. Fase de higiene oral y clínica.

### **PERICORONITIS**

**Definición.** Es considerada por algunos autores como una periodontitis aguda, que se presenta alrededor de los terceros molares en erupción o parcialmente impactadas y que provocan celulitis y trismus. Con frecuencia pueden aparecer durante la erupción de primeros y segundos molares.

#### **Manifestación Clínicas.**

- Dolor localizado en zona retromolar o irradiado al oído y al piso de la boca.
- Fiebre y malestar general.
- Dificultad para el cepillado.
- Trismus.

### **Examen Clínico**

- Encia traumatizada por dientes antagonistas.
- Trismus.
- Inflamación por la presencia de irritativos locales.
- Presencia de exudado purulento.
- A veces edema extraoral.
- Adenopatías.
- Fiebre.
- Diente parcialmente erupcionado.

### **Examen de laboratorio**

- Directo y antibiograma antes de iniciar el tratamiento con antibióticos realizando drenaje si el proceso infeccioso esta muy avanzado.

### **Examen Radiográfico**

- Radiografía periapical en la cual se observa erupción parcial de los dientes que origina la pericoronitis (los mas comunes son los terceros molares inferiores).

### **Tratamiento**

#### Fase aguda

- Anestesia a distancia.
- Curetaje del espacio comprendido entre el diente y el cauchon pericoronario.
- Irrigación.
- Eliminar factores agravantes (trauma ocusal o de tejidos blandos)

#### Fase crónica

- Exodoncia si es necesaria
- Gingivoplastia

### **Tratamiento Farmacológico**

#### Adultos

- PENICILINA PROCAINICA: 800.000UI/día por vía IM diaria durante 7 días o FENOXIMELTILPENICILINA: 500mg c/6 horas VO durante 7 días.
- ERITROMICINA: 500mg c/8 horas VO por 7 días.
- ACETAMINOFEN: 500mg c/6 horas VO durante 3 días.

#### Niños

- PENICILINA PROCAINICA: 400.000UI/día por vía IM diaria durante 7 días o FENOXIMELTILPENICILINA: 5ml c/6 horas VO durante 7 días.

- ERITROMICINA al 5%: 5ml c/8 horas VO por 7 días
- ACETAMINOFEN al 3%: 5ml VO c/6 horas durante 3-4 días.

Evaluación del Tratamiento. Para la pericoronitis localizada del tratamiento se hace le Nivel 1 y para la diseminada el nivel 2 con manejo por cirugía maxilofacial.

### **PERIODONTITIS JUVENIL (PERIODONTOSIS)**

Definición. Enfermedad del periodonto que puede ocurrir en un adolescente sano y se caracteriza por una pérdida rápida del hueso alveolar en mas de un diente permanente.

#### **Etiología.**

- Alteraciones sistémicas
- Placa bacteriana subgingival
- Predisposición familiar
- Alteración de las defensas del huésped

#### **Manifestaciones clínicas**

- Periodo adolescente (de 12-20 años)
- Predomina en mujeres
- Puede aparecer en bocas sanas

#### **Examen Clínico**

- Movimiento patológico, simétrico y repentino.
- Formación de bolsa profunda
- Desviación patológica de los dientes

**Examen Radiográfico.** Radiografías periapicales: en las cuales se observa formación vertical de bolsa con pérdida localizada de hueso alveolar. Característica la imagen en el espejo.

**Tratamiento.** Exodoncia para los dientes con pronóstico reservado.

**Evaluación del tratamiento.** Hacer remisión del paciente a las facultades de odontología (periodoncista) inmediatamente se detecte la enfermedad.

## 2. ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DENTALES DUROS

### CARIES DENTAL

**Definición.** Enfermedad microbiana de los tejidos clasificados de los dientes, que se caracteriza por la desmineralización y destrucción de la parte orgánica del diente localizada en los tejidos duros.

La caries es la enfermedad crónica del diente que mas afecta a la humanidad, sin tener en cuenta sexo, raza, grupo etareo y/o condición socio-económica.

**Etiología.** La etiología de la caries dental se explica de un problema multifactorial, para lo cual, es necesario la acumulación de depósitos microbianos en la superficie dental.

### Clasificación.

Caries activa, a su vez se clasifica en:

Caries activa incipiente: Clínicamente no presenta manifestaciones

Examen Clínico. El examen clínico debe realizarse individualmente, recorrer con el explorador todas las superficies dentarias y no confiarse de la inspección visual, se encuentra:

- Presencia o no de placa Bacteriana
- Opacidad del esmalte
- Fondo de fosetas y fisuras reblandecido

Examen Radiográfico.

- Pequeñas zonas radiolúcidas en el diente.
- Entransiluminación: Cambio de opacidad del esmalte.

Tratamiento

- Promoción y Prevención en salud oral.
- Restauración en resina de fotocurado para dientes anteriores y amalgama para dientes posteriores.
- En pacientes pediátricos con destrucción coronal, utilizar coronas de acero

Evaluación del tratamiento. Control medidas de higiene oral y/o aparición de nuevas caries.

## Caries Activa avanzada

### Manifestaciones Clínicas

- Dolor a cambios térmicos, ácidos o a la presión.
- Hipersensibilidad.

### Examen Clínico

- Presencia o no de Placa Bacteriana
- Destrucción del esmalte y dentina
- Pigmentación
- Dentina infectada y afectada
- Compromiso individual o multifocal

Examen Radiográfico. Radiografías coronales muestran destrucción del esmalte y dentina. Relación cercana con cámara pulpar

### Tratamiento

- Promoción y prevención en salud oral
- En dientes anteriores restauración e resina de fotocurado y en posteriores en amalgama.
  1. Anestesia local
  2. Remoción de tejido infectado.
  3. Raspado con cucharilla.
  4. Lavado y secado con jeringa triple.
  5. Aislamiento de de campo con rollos de algodón.
  6. Colocación de hidróxido de calcio y/o base intermedia
  7. Para dientes anteriores:
    - Desmineralización.
    - Lavado y secado.
    - Aplicación de agente de unión (primer – adhesivo)
    - Aplicación de resina, previa selección del color, si es necesario en interproximal usar una banda plastica, foto polimeración.
    - Control de oclusión con papel de articular.
    - Pocimiento
  8. Restauración con amalgama en premolares y molares
    - Colocacion de banda portamatriz y cuñas de madera en cavidades II y III.
    - Empacado y condensado de la amalgama.
    - Tallado oclusal.

- Control de oclusión.
- 9. Restauraciones para cavidades clase III y IV con ionomero de vidrio:
  - Adecuación de la cavidad
  - Aislamiento de campo
  - Aplicación agente de unión
  - Aplicación del ionomero de vidrio
  - Fotopocimeración
  - Terminación y pocimiento

### **3. ENFERMEDADES DE LA PULPA Y TEJIDOS PERIADICALES**

#### **PULPITIS**

**Definición.** Inflamación de tejidos pulpar que incluye fenómenos vasculares y celulares.

#### **Pulpitis Reversible.**

**Definición.** La pulpitis reversible también se conoce como hiperemiapulpar y es consecuencia de una imitación dentinal y pulpar.

#### **Etiología**

- Caries
- Iatrogenia
- Trauma

#### **Manifestaciones Clínicas**

- Dolor intenso al frío y leve al calor, ácido y dulce que desaparece al eliminar el estímulo.

#### **Examen Clínico**

- Prueba de vitalidad positiva al frío, se recomienda una sola vez.
- Pérdida de tejidos dentarios
- Dentina reblandecida
- Posible exposición pulpar
- Cavidad clínicamente visible
- Operatoria defectuosa.

**Examen Radiografico.** Con radiografía periapical se observa destrucción del esmalte y la dentina y pérdida de solución de continuidad en el techo de la cámara pulpar.

### **Tratamiento**

- Anestesia local
- Remoción de causa imitativa
- Remoción de tejido infectado
- Recubrimiento pulpar
- Obturación temporal
- Control de oclusión
- Realizar obturación definitiva después de 7 días, si no presenta sintomatología.

**Evaluación Del Tratamiento.** Cuando se presenta exposición pulpar debe esperarse 90 días para realizar la obturación definitiva si no se ha presentado sintomatología.

## **PULPITIS IRREVERSIBLE AGUDA**

### **Etiología**

- Caries
- Iatrogenia
- Trauma

### **Manifestaciones Clínicas**

- Dolor localizado en estadios avanzados de inflamación pulpar.
- Dolor a cambios térmicos, especialmente de calor y disminuye al aplicar frío persistente después de retirada la causa, por minutos u horas aumentando la frecuencia en algunos casos es descrito como pulsátil.

### **Examen Clínico**

- Pérdida de los tejidos dentarios
- Caries extensa con cavidad visible o restauraciones extensas profundas y / o desadaptados, antecedentes de trauma oclusal.
- Historia de recubrimiento pulpar
- Restauraciones defectuosas o desadaptadas.

**Examen Radiografico.** Radiografía periapical con posible engrosamiento del ligamento periodontal, radiolucidez de la corona compatible con caries. Imagen radiopaca compatible con restauraciones profundas.

## Tratamiento

- Dientes con formación radicular incompleta
  - Radiografía
  - Anestesia local
  - Apertura cameral
  - Aislamiento de campo
  - Pulpotomía cervical
  - Aposito de hidróxido de calcio
  - Base intermedia y restauración semi permanente
  - Completada la formación radicular y secce apical completo se realiza tratamiento endopontico convencional.
  
- Diente con formación radicular completo
  - Radiografía previa
  - Anestesia local
  - Apertura cameral
  - Aislamiento de campo
  - Pulpectomía
  - Preparación biomecanica e irrigación del conducto con hipoclorito de sodio al 1% y conductométria.
  - Obturación definitiva del conducto con conos de gutapercha y cemento secador.
  - Radiografía de control
  - Obturación hermetica de la cavidad de acceso
  - Radiografía final.

## PULPITIS IRREVERSIBLE CRONICA

### Etiología

- Caries
- Iatrogenia
- Trauma

**Manifestaciones Clínicas.** La pulpitis irreversible crónica puede clasificarse como:

- Crónica abierta: dolor ocasional localizados dolor leve de corta duración que aumenta con la presión sobre el tejido pulpar expuesto.
- Crónica cerrada \_ dolor ocasional moderado, dolor leve de corta duración que aumenta con cambios térmicos.

### Examen Clínico

- Crónica abierta
- Exposición pulpar por caries o fractura coronal complicada sin un tratamiento
- pruebas de sensibilidad positivas
- Crónica cerrada
- Historia de trauma, recubrimiento pulpar directo, restauraciones profundas
- Evolución de pulpitis reversible

**Examen Radiografico.** No hay cambios en los tejidos de sosten.

### **Tratamiento**

- Diente Con Formación Radicular Incompleta
  - Anestesia local
  - Apertura cameral
  - Aislamiento de campo
  - Pulpotomia
  - Aposito de hidroxido de calcio
  - Restauración temporal
  - Control radiografico
  - Completada la formación radicular se realiza tratamiento endodontico convencional
- Diente Con Formación Radicular Completa
  - Radiografía previa
  - Anestesia local
  - Apertura cameral
  - Aislamiento de campo
  - Pulpectomia
  - Conductometría
  - Preparación biomecanica, irrigación del conducto con hipoclorito de sodio al 1%.
  - Obturación definitiva del conducto con conos de gutapercha y cemento sellador
  - Radiografia final.

### **PULPITIS IRREVERSIBLE CRONICA HIPERPLASICA**

**Manifestaciones Clinicas.** Dolor leve al ejercer presion sobre el polipo hemorragia por contacto o roce masticatorio el dolor se incrementa por la presencia de estímulos termicos.

**Examen Clínico.** Caries extensa con exposición pulpar o fractura complicada de la corona sin tratamiento. Sobre crecimiento de dolor rojo cereza o rosa palido a traves de la camara pulpar. A las pruebas de vitalidad, la respuesta es positiva, prolongada. Debe realizarse diagnostico diferencia con granuloma piogeno hiperplasia.

**Examen Radiografico.** Por medio de una radiografia periapical; no se observan cambios en periapice, cavidad abierta con acceso a camara pulpar.

### **Tratamiento**

- Diente Con Formación Radicular Incompleta
  - Anestesia infiltrativa o troncular, nunca intrapulpar.
  - Se retira el polipo pulpar con bisturí, cureta de Lucas o alta velocidad.
  - Retirar la caries remanente y rectificar la apertura
  - Pulpotomia, se hace hemostasia con mota de algodón con agua oxigenada sin ejercer presión excesiva.
  - Aposito de hidróxido de calcio
  - Restauración temporal
  - Controles mensuales clínicos y radiográficos
  - Completada la formación radicular se realiza el tratamiento endodóntico convencional.
  
- Diente Con Formación Radicular Completo
  - Radiografía previa
  - Anestesia local, si no se logra un buen bloqueo se puede usar la técnica intraligamentaria o intrapulpar
  - Retirar caries remanente y rectificar la apertura
  - Aislamiento del campo
  - Se retira el polipo pulpar con bisturí cureta de Lucas o alta velocidad
  - pulpectomia
  - conductometría
  - Preparación biomecánica, irrigación del conducto con hipoclorito de sodio al 1%
  - Obturación definitiva del conducto con conos de gutapercha y cemento secado.
  - Radiografía final.

## **4. PULPITIS IRREVERSIBLE CRÓNICA CON ABSORCIÓN INTERNA**

### **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

No presenta manifestaciones clínicas, es asintomático.

### **EXAMEN CLINICO**

- pruebas de vitalidad
- su etiología puede ser bacteriana, traumática, iatrogénica
- a nivel coronal se encuentra una coloración rosado.

### **EXAMEN RADIOGRAFICO**

Por medio de una radiografía periapical, se encuentra pérdida de la anatomía normal del conducto, se observa una imagen radiolúcida en forma de bala con delimitación uniforme, imágenes lisas y definidas, simétrica.

La lesión no se desplaza al cambiar la angulación horizontal de los rayos x. Se debe tomar otra radiografía con angulación meso o distoradial para realizar diagnóstico diferencial con reabsorción externa progresiva inflamatoria, en la cual la lesión sí se desplaza.

En estados avanzados la pulpa puede necrosarse y desarrollar patología periapical o continuar vital y producir perforación lateral.

### **NECROSIS PULPAR**

#### **DEFINICIÓN**

La necrosis pulpar corresponde a una pulpitis aguda o crónica no tratada que con el tiempo evoluciona a necrosis completa.

#### **ETIOLOGÍA**

- caries extensa
- asociada a trauma
- pulpitis irreversible sin tratamiento
- idiopática.

### **MANIFESTACIONES CLINICAS**

- CERRADA: dolor intenso, producción de exudado purulento, edema.
- ABIERTA: no presenta manifestaciones

### **EXAMEN CLINICO**

- pruebas de vitalidad negativas
- cambio en la coronación del diente, que puede tornarse grisáceo, plano o redondo

- destrucción extensa del tejido dentario
- en ocasiones puede presentar movilidad y dolor a la percusión cuando el ligamento periodontal se encuentra involucrado

### **EXAMEN RADIOGRAFICO**

radiografías periapicales con ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, puede haber reabsorción extensa

### **TRATAMIENTO**

#### **DIENTES CON FORMACIÓN RADICULAR**

- radiografía periapical preoperatorio
- anestesia local
- Apertura pulpar
- Aislamiento de campo
  - Conductometría de instrumentación del conducto
- Irrigación del conducto con agua destilada
- Aposito de hidróxido de calcio, confirmación radiográfica de la obturación completa.
- el recambio del aposito se realiza radiograficamente se observa reabsorbido o según criterio del odontólogo. Control cada 3 meses clínico y radiográfico.
- Obturación de la cavidad con restauración semipermanente
- El cierre apical puede tardar de 6 meses a 2 años. Debe verificarse clínicamente con lima 30 y radiografía periapical.  
Cuando se produce el secreción apical, realizan endodoncia con obturación definitiva.

#### **DIENTES CON FORMACIÓN RADICULAR COMPLETA**

- anestesia local
- apertura de pulpar
- aislamiento de campo
- preparación invertida del conducto
- conductometría
- preparación biomédica
- aposito de hidróxido de calcio de 8 a 10 días
- obturación definitiva del conducto

### **PATOLOGÍA PERIAPICAL**

#### **PERIODONTITIS APICAL AGUDA NO SUPURATIVA**

#### **MANIFESTACIONES CLÍNICAS:**

dolor localizado, continuo severo, espontáneo a la percusión

**EXAMEN CLINICO:**

- dolor a percusión y palpación del área apical
- pruebas de vitalidad negativa
- no presenta inflamación intra o extra oral
- se asocia a historia de preparación y/o obturación de conductos previo trauma
- sensación de diente extraño

**EXAMEN RADIOGRAFICO**

En radiografía periapical se pueden o no observar cambios en los tejidos de su porte, ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.

**TRATAMIENTO**

Alivio de oclusión

Medicación analgésica

**PERIODONTITIS APICAL AGUDA SU PURATIVA****ETIOLOGÍA**

- caries o pulpitis
- lesión traumática

**MANIFESTACIONES CLINICAS**

- dolor a la masticación, palpación y percusión
- presenta movilidad y exudado
- sensación del diente extraído
- puede presentar exudado
- en pocas ocasiones presenta manifestaciones generales graves, aunque hay linfadenitis regional y fiebre
- dolor localizado o difuso de los tejidos intra orales circundantes, en ocasiones con edema.

**EXAMEN CLINICO**

- pruebas de vitalidad negativas
- presenta inflamación intra o extra oral; su extensión y distribución esta asociada a la localización, espesor del hueso cortical e inserciones musculares.
- Llucitosis, producción de exudado purulento
- Aumento del color y volumen de la encía
- Si no se elimina el factor etiológico puede presentarse drenaje espontáneo intra o extradental, compromiso de los espacios

aponecróticos que puede con llevar a un absceso orofacial de manejo intra hospitalario.

- Se encuentra asociado a necrosis pulpar o historia previa de preparación de conductos.

### **EXAMEN RADIOGRAFICO**

Radiografía periapical presenta ligero engrosamiento de la membrana periodontal, ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal asociado a la necrosis pulpar.

Puede observarse una zona compatible con reabsorción o sea, asociada a periodontitis apical crónica preexistente.

### **TRATAMIENTO**

#### **DIENTES CON FORMACIÓN RADICULAR COMPLETA**

- incisión y drenaje cuando el absceso se encuentre localizado nunca en edema o celulitis
- dejan el drenaje mínimo por 24 horas .
- anestesia a distancia apertura aislamiento del campo
- remoción de los restos pulpares si los hay
- preparación invertida
- conductometría
- preparación biomecánica e irrigación con hipollonto de sodio al 1%
- aposito de oclusión
- medicación analgésica y antibiótico terapia
- no se debe dejar el conducto abierto a la cavidad oral, porque se puede contaminar con otros microorganismos, retardando la cicatrización.
- Se hace la obturación de los conductos, cuando estos están aptos: limpios, secos, asintomático
- Si no se presenta remisión de los hallazgos radiográficos, se hace cirugía periapical después de 6 meses.

#### **DIENTES CON FORMACIÓN RADICULAR INCOMPLETA**

- incisión y drenaje del absceso localizado, nunca celulitis o edema.
- Dejar el drenaje mínimo 24 horas
- Alivio de oclusión
- Medicación analgésica y antibiótica.
- Radiografía preoperatorio
- Anestesia
- Aislamiento de campo
- Apertura, irrigación del conducto con agua destilada

- Conductometría, reparación del conducto
- Recambio aposito de hidróxido de calcio, se realiza si radiograficamente se observa reabsorbido o según terio del odontólogo. Control clínico y radiografía cada 3 meses. El cierre apical puede tardar 3 meses.
- Obturación de la cavidad con restauración semipermanente.
- Confirman el secce apical por sondeo con, lima 30. realizar obturación definitiva del conducto.

## **PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA NO SU PURATIVA**

### **MANIFESTACIONES CLINICAS:**

Por lo general asintomático o asociada a una molestia leve, como respuesta a un proceso infeccioso, originando una masa de tejido de granulación.

### **EXAMEN CLINICO**

- poca sensibilidad esta mulada a la hiperemia, edema e inflamación del ligamento periodontal
- pruebas de vitalidad negativa
- siempre presenta extrusión, movilidad
- halitosis
- presencia o no de ferula

### **EXAMEN RADIOGRÁFICO**

EN RADIOGRAFÍA PERIPICAL SE OBSERVA:

Engrosamiento del espacio correspondiente al ligamento periodontal.

Zona de tamaño variable, bien circunscrita en ocasiones una zona radiopaca de hueso escerótico que delimita la lesión.

## **TRATAMIENTO**

### **DIENTES CON FORMACIÓN RADICULAR INCOMPLETA**

- radiografía preoperatorio
- anestesia local
- apertura y localización de los conductos
- aislamiento de campo
- irrigación de los conductos con agua destilada
- conductometría y preparación de los conductos
- aposito de hidróxido de calcio, recambio según criterio del odontólogo por controles clínicos y radiográficos; control cada 3 meses.
- El cierre apical puede tardar 6 meses a 2 años, se verifica por sondeo con lima 30.

- Cuando se produce el cierre apical realizar la obturación.

### **DIENTES CON FORMACION RADICULAR COMPLETA**

- anestesia local
- apertura y localización de los conductos
- preparación invertida, irrigación de los conductos con hipoclorito de sodio al 1%
- conductometría
- preparación biomecánica
- aposito de hidróxido de calcio por 8 a 10 días.
- Preparar los conductos para la obturación, deben estar limpios, secos y el cono principal debe atostar.
- Obturación definitiva
- Radiografía de control de obturación
- Obturación temporal
- Si no se presenta remisión de los hallazgos radiográficos después de 6 meses, se indica una cirugía periapical.

### **PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA SUPURATIVA**

#### **MANIFESTACIONES CLINICAS**

#### **ASINTOMÁTICO**

#### **EXAMEN CLINICO**

- pruebas de vitalidad negativas
- tacto sin vóculo, asociado a un fracaso endodóntico, fracturas verticales, síndrome de diente agrietado.

#### **EXAMEN RADIOGRÁFICO**

en radiografía periapical se observa zona radiolúcida a nivel periapical, se puede tomar una fistulografía con un cono de gutapercha 30 para ver el trayecto.

#### **TRATAMIENTO**

#### **DIENTE CON FORMACIÓN RADICULAR INCOMPLETA**

- radiografía preoperatorio
- anestesia local
- apertura de cámara y localización de los conductos
- aislamiento de campo
- instrumentación e irrigación de los conductos con agua destilada.
- Conductometría 2 mm radiográfico

- Aposito de hidróxido de calcio, recambio según criterio del odontólogo, control clínico y radiográfico cada 3 meses. El cierre apical puede tardar de 6 meses a 2 años
- Confirman secce apical con lima 30
- Cuando se reacuse el secce apical, hacerla obturación.

### **DIENTES CON FORMACIÓN RADICULAR COMPLETA**

- anestesia local
- apertura y localización de los conductos
- aislamiento de campo
- preparación invertida, irrigación con hipollorito de sodio al 1%
- conductometría
- preparación biomecánica
- aposito de hidróxido de calcio, hasta que haya cicatrizado
- preparación de los conductos para la obturación, debe estar limpios, seco y el cono principal debe ajustar.
- Obturación endodontica definitivas
- Radiografía de control de la obturación
- Obturación temporal de la cavidad .
- Si no se presentan signos clínicos y radiográficos, se encuentran indicados una cirugía periapical

## **ANEXO D. MANUAL DE MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA.**

**CORPOMÉDICA** como Institución Prestadora de Servicios de Salud debe garantizar a sus usuarios el registro de cada una de las actividades en salud realizadas por esta institución, para lo cual, prioriza como responsabilidad el manejo y diligenciamiento de las historias clínicas.

El archivo existente cuenta actualmente con aproximadamente 35.000 historias clínicas, teniendo en cuenta que el archivo fue creado en el mes de junio del año 1996, solo hasta el mes de enero del año 2003 se inicio la primera depuración del archivo para la conformación del archivo central, la cual aún se encuentra en proceso, labor que también ha aportado para llevar a cabo algunas recomendaciones del Comité de Historias Clínicas en cuanto al estado físico de las historias.

Con el fin de que se garantice la viabilidad del funcionamiento del archivo de historias clínicas y su ajuste a la legislación aplicable se informa el contenido de este documento, tanto al personal asistencial, como al administrativo encargado de responder por el eficiente funcionamiento del archivo.

**Definición** La Ley 23 del 18 de Febrero de 1.983 – Por la que se dictan Normas en Materia de Ética Médica – define en su Artículo 34 la Historia Clínica de la siguiente forma:

“La Historia Clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.” <sup>(14)</sup>

La Resolución Número 1995 del 8 de Julio de 1.999 expedida por el Ministerio de Salud, define en el Artículo 1 del Capítulo I la Historia Clínica así:

“La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que

---

<sup>14</sup> Ley 23, Artículo 34 del 18 de Febrero de 1.983.

interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.”<sup>(15)</sup>

Es importante disgregar y analizar los diversos y múltiples elementos de esta definición:

- **Registro de las condiciones de salud de un paciente:** La Historia Clínica debe ser reflejo fiel, exacto y completo de las condiciones de salud de un paciente. La Resolución 1995 de 1.999 establece que las condiciones o Estado de salud del Paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, - psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.
- **Equipo de salud:** La citada Resolución del Ministerio de Salud determina en el literal C del Artículo 1 que “el Equipo de Salud son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la Salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.” Es importante recalcar la inclusión de nuevos participantes en el acto médico especialmente la de aquellos designados para calificar la prestación de la atención médica definiendo si ésta cumple con los parámetros de excelencia exigidos.
- **Obligatorio:** La elaboración de la Historia Clínica no es facultativa sino obligatoria, con lo cual debe entenderse que su falta es inexcusable. Aún en situaciones complejas es mejor asumir la obligación de elaborar la Historia, que creer que se tiene una excusa para no hacerla. Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas. (Resolución 1995/Artículo 4).

**Documento:** Desde el punto de vista legal, Documento es todo escrito destinado a comprobar un hecho jurídico. Para que un escrito sea considerado documento necesita tener un contenido literal (texto escrito susceptible de ser leído) con significación jurídica y la indicación del sujeto que lo otorga (firma). Por lo cual debe tenerse en cuenta que exigir letra legible y firma en las historias no es un capricho administrativo sino requisitos indispensables para hablar de ellas como documentos. Si un escrito no cumple con estas dos condiciones, a la luz del derecho no existe como documento jurídico y por tanto no puede servir de prueba en una controversia judicial.

---

<sup>15</sup> La Resolución Número 1995 Artículo 1 del Capítulo I del 8 de Julio de 1.999 expedida por el Ministerio de Salud.

Un documento puede ser público o privado, desde el punto de vista jurídico, según que requiera ser otorgado ante un funcionario público, como ante un notario o un Juez, o no. La Historia Clínica no se otorga ante notario o ante ningún otro funcionario público, pero tiene un contenido literal y una firma y puede ser tenida en cuenta como prueba dentro de un proceso y por tanto se considera Documento Privado.

Lo que se incluya en una Historia Clínica está vigilado por el Código Penal. Si el Estado acepta que los documentos circulen en el mundo jurídico exigiendo a quienes los poseen que deben creerles, con base en los principios de la buena fe, la obligación correlativa es exigir a su autor no violar la fe ciudadana manipulando o falseando su forma y contenido. De acuerdo con ello, la Ley Penal establece dos tipos de controles mediante los cuales se garantizan la legalidad de los documentos: Uno tiene que ver con la integridad física del documento, de acuerdo con lo dispuesto en el Código Penal que consagra el delito de Falsedad Material y el otro que hace relación con su contenido y corresponde al tipo penal denominado Falsedad Ideológica.

Se entiende que una persona incurre en falsedad material cuando destruye, suprime u oculta total o parcialmente un documento privado que puede servir de prueba. Se incurre en falsedad ideológica cuando en un documento genuino y verdadero se consignan hechos o declaraciones falsas. De esta manera la vigilancia de la Historia Clínica existe "per se", en forma independiente incluso de los procesos de Responsabilidad Médica.

- **Sometido a Reserva:** Tanto la elaboración del documento llamado Historia Clínica como mantener la reserva o secreto profesional son deberes propios del ejercicio profesional de la medicina. Reserva es la limitación expresa de el conocimiento del contenido de la Historia Clínica y la restricción del acceso de personas distintas al médico(s) tratante(s), al personal de enfermería, al equipo de salud en general y al propio paciente. Todas las personas que en razón de su oficio deben conocer la Historia están obligadas individualmente a guardar la confidencialidad de su contenido, so pena de incurrir en las sanciones previstas en la Ley de Ética Médica y en el Código Penal (artículo 289) para quien divulgue en forma arbitraria el contenido de este tipo de documento.

La Resolución 1995/99 en su Artículo 14 establece lo siguiente en cuanto al acceso de la Historia Clínica:

Podrán acceder a la información contenida en la Historia Clínica, en los términos previstos en la Ley:

- 1) El Usuario

- 2) El Equipo de Salud.
- 3) Las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley.
- 4) Las demás personas determinadas en la Ley.

**PARAGRAFO:** El acceso a la Historia Clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

A su vez la Ley 23 de 1.981 (Código de Ética Médica) expresa en el Artículo 38 las Disposiciones que a continuación se relacionan:

Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:

- a) Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga;
- b) A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento;
- c) A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces.
- d) A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la Ley;
- e) A los interesados, cuando por efectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto contagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.

**Características de una buena historia clínica** La Resolución 1995/99 determina en el Artículo 3 las Características de la Historia Clínica de la siguiente forma:

Las características básicas son:

- **Integralidad:** La Historia Clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.
- **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención.
- **Racionalidad Científica:** Para los efectos de la presente Resolución es aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma

lógica clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

- **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la Historia Clínica en el momento en que se necesite con las limitaciones que impone la Ley.
- **Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención en la Historia Clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.
- Otra característica importante no mencionada en la Resolución transcrita es la **Coherencia**. La Historia Clínica es un documento que elaboran varias personas a lo largo del tiempo. Entender que cada anotación es un elemento integrante de un todo es fundamental, pues obliga a que cada anotación conserve una armonía con las anteriores y facilite y aporte elementos importantes a las siguientes. Las contradicciones dentro de una Historia la cubren con un manto de duda que a ninguno de los profesionales involucrados en la atención conviene.

**Diligenciamiento de la historia clínica** El Capítulo II de la Resolución 1995 de 1.999 contiene los aspectos básicos que se deben tener en cuenta para el diligenciamiento adecuado de la Historia Clínica de los cuales resaltamos los siguientes:

- La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. (Artículo 5).
- Todos los folios que componen la Historia Clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipo de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma (Artículo 7).
- Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de la Historia Clínica; debe realizar una Historia única institucional y organizar un sistema que le permita saber en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra y a quien y en qué fecha ha sido entregada. A partir de Enero del año 2.000, la identificación de la Historia Clínica se hará con el número de cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número del pasaporte o cédula de extranjería. Si el

menor de edad no posee documento, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar. (Artículo 6).

Existe un principio general del derecho según el cual cada persona responde por sus propias acciones u omisiones. La identificación de la persona a cargo y del momento en que se verifica determinada actuación, permite independizar cada implicado de manera tal que los errores o accidentes ocurridos a un paciente no deben ser imputados en forma solidaria a todos los médicos vinculados a su atención sino a quien en el momento de ocurrir el incidente estaba respondiente por la atención del paciente.

La letra que usan los médicos al hacer las anotaciones propias de una Historia es indescifrable en muchos casos y por tanto su comprensión está seriamente cuestionada. Los jueces, los peritos e incluso los propios médicos tienen que interpretar más que leer los textos consignados, con lo cual se corre el riesgo de que la interpretación no corresponda con exactitud al escrito ni refleje adecuadamente la conducta médica realizada. También influye en la dificultada para interpretar las Historias Clínicas el uso cada vez más frecuente y generalizado de siglas que en muchos casos ni los propios médicos reconocen sus significados y por lo tanto mucho menos los abogados y jueces que deben impartir justicia con base en Documentos que no entienden.

**Componentes de la historia clínica** De acuerdo a la Resolución 1995 de 1.999 son componentes de la Historia Clínica los siguientes elementos: (Artículos 8, 9, 10 y 11)

- **Identificación del Usuario:** Los documentos mínimos de este componente son: datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de trabajo, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario según el caso; aseguradora y tipo de vinculación.
- **Registros Específicos:** Registro específico es el documento en el que se consigna los datos e informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que corresponden a la naturaleza del servicio que presta. En CORPOMÉDICA I.P.S. estos son: - Hoja de Evolución y Tratamiento; - Exámenes de Laboratorio Clínico; - Estudios de Imágenes diagnósticas (Rayos X, ecografías, T.A.C.,

ecocardiogramas, electromiogramas y velocidad de conducción, etc.). – Estudios patológicos y citologías cervico – vaginales.

- **Anexos:** Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas y procedimientos (consentimiento informado), autorizaciones para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren necesarios. Para CORPOMÉDICA I.P.S. se incluirían también las epicrisis, las Historias Clínicas de atención en el Servicio de Atención Médica Inmediata (SAMI), las fotocopias de Historias Clínicas anteriores o de otras instituciones y los documentos relacionados con los Riesgos Profesionales (Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional), las Incapacidades médico – laborales, las referencias y contra - referencias.

Es importante resaltar el contenido de los Parágrafos primero, segundo y cuarto del Artículo 11 de la Resolución 1995/99, sobre el manejo de los reportes de los exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la Historia Clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos que el prestador de servicios deberá establecer en forma obligatoria para tal fin. A partir de la fecha de expedición de la presente Resolución, en los casos de imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la Historia Clínica con la firma del paciente. En todo caso el prestador de servicios será responsable de estas imágenes, si no ha dejado constancia en la Historia Clínica de su entrega. Cuando existiere esta constancia firmada por el usuario, será este último el responsable de la conservación de las mismas.

**Archivo y custodia de la historia clínica** La custodia de la Historia Clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la Resolución 1995/99, la cual establece los siguientes tipos de archivos (Artículo 1):

- **Archivo de Gestión:** Es aquel donde reposan las historias clínicas de los usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.
- **Archivo Central:** Es aquel donde reposan las historias Clínicas de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos cinco (5) años desde la última atención

- **Archivo Histórico:** Es aquel al cual se transferirán aquellas Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural deben ser conservadas en forma permanente.

La Historia Clínica debe conservarse por un período mínimo de VEINTE (20) años a partir de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión y mínimo quince (15) años en el archivo central del prestador de servicios de salud (Artículo 15 Resolución 1995/99). La anterior disposición busca proteger contra las acciones de Responsabilidad Civil (procesos ordinarios), los cuales prescriben a los veinte (20) años de ocurrido el hecho materia del litigio.

El prestador de servicios de salud, debe archivar la Historia Clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las Historias Clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información contenidas en ellas.

Los prestadores de Servicios de Salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente. Los programas automatizados que se diseñen y utilicen, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos. También deben proteger la reserva de la misma mediante la utilización de sistemas que impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada. Las I.P.S. deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las Historias en medios físicos, de forma que se pueda establecer como exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha de los mismos (Artículo 18 Resolución 1995/99).

**Comité de historias clínicas** El Comité de Historias Clínicas es el conjunto de personas que al interior de una I.P.S., se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la Historia Clínica. Dicho Comité debe estar integrado por personal del equipo de salud y de las reuniones se levantarán actas con copia a la Dirección de la institución.

De acuerdo con el Artículo 20 de la Resolución 1995/99, las funciones asignadas al Comité de Historia Clínicas son las siguientes:

- Promover en la I.P.S. la adopción de las normas nacionales sobre las Historias Clínicas y velar porque éstas se cumplan.
- Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la Historia Clínica.
- Elevar a la Dirección y al Comité Técnico – Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexo que debe contener la Historia Clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.

**CORPOMÉDICA I.P.S.** considera que el mencionado Comité también debe crear y establecer los medios para la evaluación continua de la calidad del contenido de la Historia Clínica, de tal manera que se acojan las características de excelencia consignadas en el Numeral II de éste Manual y vigilar por su permanente realización como un componente esencial del Sistema de Garantía de Calidad.

**Evaluación de las historias clínicas de CORPOMÉDICA I.P.S.** La evaluación y análisis de las Historias Clínicas de CORPOMÉDICA I.P.S. ser realizará sobre los siguientes tópicos:

- **Administrativos:** Nombre del paciente; - Número de la Historia Clínica; - Fecha de la atención; - Hora de la atención, \_ Historia clínica legible; - Identificación del médico responsable con nombre, firma y número del registro médico; - Diligenciamiento adecuado de los registros específicos.
- **Clínicos:** Se deben incluir los siguientes aspectos: -Edad; - Motivo de consultas;- Historia de la enfermedad actual (anamnesis);- Revisión por sistemas; - Antecedentes: a. Personales, b. Familiares; - Aspecto general del paciente;- Signos vitales;- Frecuencia cardiaca;- frecuencia respiratoria;- Presión arterial;- peso,- talla,- temperatura; - Examen físicos acorde con el motivo de consulta, la anamnesis y la revisión por sistemas; - Impresión o impresiones diagnósticas;- Conducta o plan de tratamiento;- Solicitud de ayudas diagnósticas;- Se registra la clase de medicamentos ordenados;- Se registra la dosis de los medicamentos prescritos;- Se registran adecuadamente las incapacidades médico – laborales.

Sobre una muestra representativa de las Historias Clínicas del servicio de consulta externa elaboradas en un determinado periodo de tiempo, por ejemplo uno (1) mes, se evalúa si en cada una de ellas hay un registro completo de los tópicos atrás descritos. Al final se establece la proporción de Historias Clínicas con

registros completos en cada aspecto evaluado, por ejemplo 65% de identificación, 90% de motivo de consulta, 49% de antecedentes, etc.. A continuación se califica cada tópico en el total de las historias, aplicando los siguientes criterios: 4: Todas completas; 3: entre el 80% y 99%; 2: entre 60% y 79%; 1: menos del 60%. Para obtener la calificación final, se obtiene un promedio de las anteriores calificaciones. Como instrumentos para la elaboración del proceso descrito se utilizaran las plantillas que se anexan al final de éste manual.

El modelo de calificación detallado anteriormente se puede aplicar al conjunto de todos los médicos de la Institución o individualmente a cada uno de ellos, ya sean generales o especializados, como también a otros servicios como urgencias u hospitalización efectuando los ajustes necesarios a las condiciones propias de su naturaleza

## **ANEXO E. REGLAMENTO INTERNO DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE CORPOMÉDICA**

### **CAPITULO I**

#### **OBJETIVO Y DEFINICION**

**ARTICULO 1.- OBJETIVO:** Establecer el Reglamento Interno de Historias Clínicas de la CORPOMÉDICA I.P.S. el cual se halla contenido en las siguientes disposiciones.

**ARTICULO 2.- DEFINICION:** La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud de paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.

**PARAGRAFO 1.-** El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

**PARAGRAFO 2.-** Se entiende por equipo de salud el conjunto de Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

### **CAPITULO II**

#### **CARACTERISTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA**

**ARTICULO 3.- CARACTERISTICAS:** Las características básicas de toda Historia Clínica, de acuerdo con la Resolución 1995 de 1.999 son:

a. Integralidad: La Historia Clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus

aspectos biológicos, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

b.- Secuencialidad: Los registros de la prestación de salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la Historia Clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

c.- Racionalidad Científica: Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de tratamiento.

d.- Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la Historia Clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

e. – Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención en la Historia Clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

Además de las anteriores, CORPOMÉDICA I.P.S. considera que las Historias Clínicas deberán tener las siguientes características:

f. Única: Cada paciente tendrá una sola Historia Clínica dentro de la Institución, la cual debe estar ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención.

g.- Coherente: Cada una de las anotaciones realizadas en la Historia Clínica deberá armonizar con las anteriores y facilitar y aportar elementos importantes a las siguientes.

h.- Sustentada.- Toda decisión médica consignada en la Historia Clínica deberá estar sustentada con los exámenes complementarios correspondientes y en la apreciación personal de quien la realiza.

i.- Legible: las anotaciones realizadas en la Historia Clínica deben ser de fácil comprensión reflejando adecuada y claramente la conducta médica realizada.

j.- Confidencialidad: La información contenida en la Historia Clínica tendrá carácter confidencial y será responsabilidad de CORPOMÉDICA I.P.S. garantizarla.

### **CAPITULO III**

#### **APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA**

**ARTICULO 4.- APERTURA:** Deberá abrirse Historia Clínica a todo paciente que sea atendido por primera vez en CORPOMÉDICA I.P.S. en el servicio de consulta externa y en urgencias a través del Servicio de Atención Médica Inmediata (SAMI).

**ARTÍCULO 5.- RESPONSABILIDAD:** La apertura de la Historia Clínica a cada paciente será responsabilidad del servicio que efectúa la admisión del paciente quien hace la apertura, debe asegurarse de realizar el procedimiento de verificación en la base de datos para establecer si el paciente posee Historia antigua en la Institución.

**PARAGRAFO:** En casos excepción de errores de duplicación de Historias clínicas (dos o más Historias de un mismo paciente), será responsabilidad de la Sección de citas médicas e Historias Clínicas efectuar la unificación del expediente y verificar las correcciones en las bases de datos del paciente.

### **CAPITULO IV**

#### **IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

**ARTÍCULO 6.- NUMERACIÓN:** Todo paciente al que se le abra Historia Clínica deberá mantener el número de Historia Clínica asignado el cual permanecerá constante para toda la documentación que se genere durante su proceso asistencial y no se reutilizará aún en el caso de que el paciente fallezca.

**PARAGRAFO:** A partir del primero de enero del año 2.000, la identificación de la Historia Clínica se hará con el número de la Cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número del pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre. O del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.

**ARTICULO 7. IDENTIFICACION:** Para efectos de archivo y conservación de los documentos del paciente, la carpeta de cada Historia Clínica deberá ser

identificada con el número consecutivo respectivo y los datos del paciente (Nombres y Apellidos completos).

**ARTICULO 8.- NUMERACION CONSECUTIVA:** Todos los folios que componen la Historia Clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.

## **CAPITULO V**

### **COMPONENTES DE LA HISTORIA CLÍNICA**

**ARTICULO 9.- COMPONENTES:** Son componentes de la Historia Clínica: La identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

**ARTICULO 10.- IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO:** Los contenidos mínimos de este componente son: datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante, nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso, Empresa Promotora de Salud (E.P.S.), Administradora de Riesgos Profesionales (A.R.P.), dirección y teléfono de la empresa donde trabaja y tipo de vinculación.

**ARTICULO 11.- REGISTROS ESPECIFICOS:** Registro Específico es el documento en el que se consigna los datos e informes de un tipo determinado de atención. CORPOMÉDICA I.P.S. ha seleccionado para consignar la información de la atención en salud a sus usuarios, los registros específicos que corresponden a la naturaleza del servicio que presta, los cuales se relacionan en el anexo número uno (1).

**PARAGRAFO:** Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de 1.998 y las normas que la modifiquen o adicionen y los generalmente aceptados en la práctica de las disciplinas del área de la salud.

**ARTICULO 12.- ANEXOS:** Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención tales como autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que se consideren pertinentes. CORPOMÉDICA I.P.S. considera que además de los anteriormente

señalados deben incluirse los que se relacionan en el anexo número dos (2), los cuales están acordes con la naturaleza del servicio que brinda a sus usuarios.

**PARAGRAFO PRIMERO:** Los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego de que los resultados sean registrados en la Historia Clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos que deberá establecerse de manera obligatoria para tal fin.

**PARAGRAFO SEGUNDO:** En los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de Interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico creado par ello, y las imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia en la Historia Clínica con la firma del paciente. En todo caso CORPOMÉDICA I.P.S., será responsable de las imágenes, si no ha dejado constancia en al Historia Clínica de su entrega.

**ARTICULO 13.- ROTULACIÓN DE DOCUMENTOS:** Cada uno de los componentes de la Historia Clínica deberá poseer identificación de la institución, identificación de la institución, identificación del paciente (Nombres y Apellidos completos), el número de la Historia Clínica y el número de folio correspondiente por cada uno de los registros específicos y anexos.

**ARTICULO 14.- FORMAS MÍNIMAS:** Las formas mínimas serán las establecidas hasta la fecha y que se encuentran relacionadas en los anexos números uno (1) y dos (2) del presente reglamento.

**PARAGRAFO:** La adopción de nuevas formas estará a cargo del Comité de Historias Clínicas, quien tendrá a su cargo su revisión y aprobación.

## **CAPITULO VI**

### **ORDENAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA**

**ARTICULO 15.- ORDENAMIENTO:** El ordenamiento de los documentos contenidos en la Historia Clínica se hará conforme a los lineamientos establecidos por el Comité de Historias Clínicas, teniendo como base un catálogo de formas mínimas.

## **CAPITULO VII**

### **USOS DE LA HISTORIA CLÍNICA**

**ARTICULO 16.- USOS:** La Historia Clínica de CORPOMÉDICA I.P.S. tendrá los siguientes usos:

- a. Asistencial: Será el principal soporte para describir y consignar los hechos ocurridos en relación a la atención en salud brindada al paciente por parte de la Institución.
- b. Auditoria: Servirá como principal soporte para realizar las auditorias a que haya lugar, en relación con la atención de los pacientes.
- c. Administrativa: Será el soporte para las actividades de gestión relacionadas con la institución.
- d. Investigación: Será la base de cualquier investigación médico sanitaria o epidemiológica, tanto a nivel individual como colectivo.
- e. Médico – Jurídico – Legal: Es un documento que recoge la relación médico – paciente y constituye un medio probatorio fundamental ante el evento de un proceso legal.
- f. Evaluación técnica: La Historia Clínica servirá como instrumento de evaluación de la calidad asistencial.

## **CAPITULO VIII**

### **ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA**

**ARTICULO 17.- ACCESO:** Podrán acceder a la información contenida en la Historia Clínica, en los términos previstos en la Ley:

- 1.- El Usuario.
- 2.- El equipo de salud
- 3.- Las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos en la Ley.
- 4.- Las demás personas determinadas en la Ley.

**PARAGRAFO:** El acceso a la Historia Clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la Ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

**ARTÍCULO 18.- ACCESO PARA CONSULTA Y REGISTRO:** Tendrán acceso a la Historia Clínica para consulta y registro de información, únicamente las siguientes personas:

1.- Personal Médico: Los médicos que tengan bajo su responsabilidad el manejo de los pacientes de CORPOMÉDICA I.P.S., a nivel de consulta externa, de urgencia, de hospitalización, fomento, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y riesgos profesionales (accidentes de trabajo y enfermedad profesional), así como para expedición de certificados médicos y cualquier documento exigido por la Ley o por la autoridad competente. Para estas últimas actividades se requerirá solicitud escrito del interesado y aprobación por parte del Director de Servicios de salud de la Institución.

2.- Personal de Enfermería: Personal de enfermería que por motivos asistenciales, administrativos y afines lo requiera.

3.- Personal de servicios de Apoyo: Tales como Rayos X, Imágenes diagnósticas, patología, Nutrición, Psicología, Terapias Físicas, del lenguaje y ocupacional, optometría, u otros que tengan el fin de complementar, estudiar, documentar y manejar integralmente el caso clínico evaluado.

**ARTÍCULO 19.- ACCESO PARA CONSULTA:** Tendrán acceso a la Historia Clínica únicamente para consulta y en ningún caso para registrar datos en ellas, las siguientes personas:

1. Auditores: Las personas internas o externas a CORPOMÉDICA I.P.S. y Comités que tengan por encargo realizar la auditoria clínica, administrativa y/o financiera y que se encuentren debidamente acreditadas y autorizadas.

2. Personal del área financiera: Cuando por motivos de sus funciones se deba consultar la Historia Clínica y que se encuentren debidamente acreditados y autorizados.

3. Investigadores: Cuando estén desarrollando estudios científicos y/o epidemiológicos previamente autorizados por CORPOMÉDICA I.P.S.

4. Personal de la Sección de citas e Historias Clínicas: Cuando el paciente solicite por escrito resumen de la Historia Clínica, fotocopia de la misma o constancia de atención, siempre y cuando medie previa autorización del Director de Servicios de Salud de la Institución.

5. Personal de Salud externo a CORPOMÉDICA I.P.S.: Tendrán acceso a la Historia Clínica, cuando sea por motivos asistenciales o remisión del paciente. En todo caso se requerirá solicitud del facultativo tratante y autorización del paciente y del Director de Servicios de Salud de la Institución.

**ARTICULO 20.- RESPONSABILIDAD:** Será responsabilidad de la Sección de citas e Historias Clínicas la supervisión y ejecución de las normas que regulan el acceso y disponibilidad de la Historia Clínica y la protección tanto de la Historia como de la información contenida en ella, contra pérdidas total o parcial, alteraciones o uso por personal no autorizado.

**PARAGRAFO PRIMERO:** Queda prohibido realizar anotaciones en las carpetas que contienen las Historias Clínicas así como también la utilización de grapadoras para fijar informaciones que no son componentes de las mismas y en general de toda actividad que directa o indirectamente influya en el deterioro físico de la Historia Clínica.

**PARAGRAFO SEGUNDO:** Sin perjuicio de la responsabilidad de la sección de citas e historias clínicas, toda persona que consulte la Historia Clínica y no le de el uso adecuado y cuidadoso correspondiente, responderá por la pérdida total o parcial, deterioro o alteración de la misma.

**PARAGRAFO TERCERO:** Toda persona que, debidamente autorizada para el efecto, retire una Historia Clínica, responderá por su devolución oportuna (en el plazo acordado según el caso) a la Sección de citas e Historias Clínicas. En caso de que, por justa causa, se requiera mantener fuera del archivo una Historia Clínica por más tiempo, se requerirá permiso especial y previo del Director de Servicios de Salud de la Institución.

## **CAPITULO IX**

### **ANOTACIONES EN LA HISTORIA CLÍNICA**

**ARTICULO 21.- OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO:** Los profesionales, técnicos y Auxiliares que intervienen directamente en la atención del usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características anteriormente señaladas.

**PARAGRAFO PRIMERO:** Podrán consignar algún dato o información en la Historia Clínica, únicamente personal médico, personal de enfermería y personal de servicios de apoyo.

**PARAGRAFO SEGUNDO:** En todo caso quien realiza una anotación dentro de la Historia Clínica responderá, en los términos y para los efectos previstos en la Ley,

por la veracidad de su contenido, la oportunidad de la consignación y las consecuencias que de ella se deriven.

**ARTICULO 22. ANOTACIONES DEL AREA CONTABLE:** Bajo ninguna circunstancia los funcionarios del área contable podrán consignar datos en los registros específicos que componen una Historia Clínica. Excepcionalmente podrán colocar notas administrativas en formatos diseñados para tal propósito en el momento de realizar una revisión previamente autorizada por el Director de Servicios de Salud de la Institución.

**ARTÍCULO 23.- FORMA DE DILIGENCIARLAS:** La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin utilizar siglas y sin dejar espacios en blanco. Cada anotación debe llevar la fecha y la hora en la que se realiza, con el nombre completo, la firma del autor de la misma y el número del registro médico.

**ARTICULO 24.- ENMIENDAS:** En caso de correcciones necesarias, hecha la salvedad respectiva, deberán ser efectuadas en el mismo texto y guardando la debida secuencia.

**PARAGRAFO:** No pueden realizarse anotaciones ni enmiendas extemporáneas (en momentos diferentes a la correspondiente acción médica).

**ARTICULO 25.- RETIRO DE FORMAS:** Por ningún motivo se podrán incluir o retirar, en forma extemporánea, formas de la Historia Clínica.

## **CAPITULO X**

### **REMISIONES E INTERCONSULTAS**

**ARTICULO 26.- SOLICITUD:** La solicitud de remisión e interconsultas deberá ser expresada por el médico tratante en el registro específico de Hoja de Evolución del paciente, acompañado de un resumen del estado de salud y de la razón y objetivo por la cuál se solicita, consignada en los formatos diseñados para tal fin. EL médico o servicio que recibe la remisión o interconsulta contestará por escrito el concepto pedido, dejando anotada la justificación de controles posteriores del paciente y el momento en que cierra en forma definitiva su atención.

**ARTICULO 27.- CLASES:** Las interconsultas y remisiones pueden ser de varias clases:

**1.- Para diagnóstico y/o manejo terapéutico:** El médico o el servicio que recibe la remisión o interconsulta abordará en conjunto toda la situación médica y efectuará los diagnósticos y manejos que a su criterio requiera el paciente evaluado.

**2.- Para manejo compartido del paciente:** En este caso más de un médico o servicio atenderá conjuntamente al paciente, sin que deje de existir el médico tratante principal, quien asumirá el tratamiento integral del paciente confiado a su manejo.

**3.- Para procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** El médico tratante solicitará la remisión o interconsulta al médico o grupo especializado con la finalidad de adelantar un procedimiento paraclínico y/o terapéutico determinado. Si el médico o servicio que realiza estos procedimientos no encuentra contraindicación o inconveniente para llevarlos a cabo, los efectuará de acuerdo a la solicitud del médico tratante o en su defecto podrá indicar las conductas que a su criterio científico deben seguirse, dejándolas consignadas en la Historia Clínica. En el caso de estar indicados los procedimientos solicitados, los mismos se efectuaran previa información y obtención del consentimiento por parte del paciente o de su representante legal o tutor en casos de menores de edad.

## **CAPITULO XI**

### **CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA, CUSTODIA Y ENTREGA DE INFORMACIÓN MÉDICA**

**ARTICULO 28.- RESERVA:** La Historia Clínica está sometida a reserva. Su contenido solo puede ser conocido por el médico, el paciente o a quien él autorice, el equipo de salud vinculado al caso particular y por las autoridades competentes en los casos señalados por la Ley.

**ARTICULO 29.- CUSTODIA:** La custodia de la Historia Clínica estará a cargo de CORPOMÉDICA I.P.S., cumpliendo los procedimientos de archivo que se señalarán a continuación. La institución podrá entregar copia de la Historia Clínica al usuario o a su representante legal o a quien autoricen por escrito, cuando lo soliciten , previo cumplimiento de las formalidades que se establezcan y aprobación del Director de Servicios de Salud, y para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

**PARAGRAFO PRIMERO:** En los eventos de traslados o remisiones a otras Instituciones prestadoras de servicios de salud, los pacientes siempre saldrán con el resumen o la fotocopia de su Historia Clínica.

**PARAGRAFO SEGUNDO:** En los eventos en que existan múltiples Historias Clínicas, el prestador que requiera información contenida en ellas, podrá solicitar copia al prestador a cargo de las mismas previa autorización del usuario o su representante legal.

**ARTICULO 30.- ENTREGA DE INFORMACIÓN:** Se entregará información sobre la Historia Clínica al paciente, a su representante legal o a cualquier otra persona autorizada por éste. De acuerdo con la Ley, a quien válidamente lo requiera, se le entregará únicamente el resumen de la Historia Clínica correspondiente o fotocopia de la misma. El original debe mantenerse siempre en el archivo de CORPOMÉDICA I.P.S.

**PARAGRAFO PRIMERO:** La entrega de información a los familiares se hará solo en el caso de que aporten una autorización escrita del paciente.

**PARAGRAFO SEGUNDO:** Excepcionalmente la información médica puede ser entregada a otros establecimientos, sin la autorización previa del paciente, al recibir una solicitud de esta institución indicando que es para fines relacionados con la atención médica de dicho paciente.

**ARTÍCULO 31.- INFORMACIÓN DE PACIENTES FALLECIDOS:** Para la entrega de Información de pacientes fallecidos, se deberá garantizar el cumplimiento de los requisitos que a continuación se relacionan:

- 1.- Fotocopia del certificado de defunción.
- 2.- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del solicitante.
- 3.- Carta de solicitud del familiar, acreditando su parentesco (cónyuge, padre, madre, hermano, hijo).
- 4.- Autorización del familiar cuando es solicitado por una Entidad (oficial o privada) y nombre de Entidad a que va dirigido.

**ARTICULO 32.- RESPONSABILIDAD DE LA ENTREGA DE INFORMACION:** La Dirección de Servicios de Salud de CORPOMÉDICA I.P.S. se hará responsable de la entrega de la información correspondiente al resumen de la Historia Clínica o fotocopias de la Historia Clínica Completa de aquellos usuarios que así lo hayan solicitado cumpliendo las formalidades anteriormente consignadas.

**ARTÍCULO 33.- SECRETO PROFESIONAL:** Todas las personas que tengan acceso a la Historia Clínica deberán guardar la reserva respectiva, para garantizar la intimidad y la dignidad humana del paciente, so pena de incurrir en las sanciones previstas por la ley.

## **CAPITULO XII**

### **ARCHIVO DE LA HISTORIA CLINICA**

**ARTICULO 34.- OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO: CORPOMÉDICA– I.P.S.** deberá tener un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico, el cual será organizado y prestará los servicios pertinentes, guardando los principios generales establecidos por el Archivo General de la Nación.

**ARTICULO 35.- FUNCION:** El archivo de historias clínicas será la unidad operativa encargada de la custodia de las historias clínicas generadas en CORPOMÉDICA I.P.S. y de los documentos que la integran.

**PARAGRAFO:** La unidad de archivo de historias clínicas estará conformada por un archivo de gestión donde reposarán las historias clínicas de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos cinco (5) años desde la última atención; un Archivo Central donde reposarán las historias Clínicas de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos cinco (5) años desde la última atención; y un Archivo Histórico al cual se transferirán aquellas Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural deben ser conservadas en forma permanente.

**ARTÍCULO 36.- TIEMPO DE ARCHIVO:** La Historia Clínica debe conservarse por un período mínimo de veinte (20) años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el Archivo de Gestión y mínimo quince (15) años en el Archivo Central.

**PARAGRAFO PRIMERO:** Serán conservadas en custodia especial aquellas Historias Clínicas que se encuentran sometidas a trámites judiciales, sobre las cuales deben extremarse las medidas de seguridad, restringiendo las personas autorizadas y aumentando los requisitos de uso.

**PARAGRAFO SEGUNDO:** Si se tratara de investigación penal y el fiscal correspondiente exigiere el retiro del original de la Historia Clínica, deberá dejarse copia de la misma en CORPOMÉDICA I.P.S. y constancia escrita (mediante Acta de Entrega) del compromiso que adquiere el funcionario de devolverla una vez haya cumplido el fin propuesto.

**PARAGRAFO TERCERO:** Las Historias Clínicas bajo custodia especial estarán a cargo de la Dirección de Servicios de Salud de la Institución, que las conservará en un espacio especialmente señalado para el efecto.

**ARTICULO 37.- SEGURIDAD DEL ARCHIVO: CORPOMÉDICA I.P.S.** debe archivar las Historias Clínicas en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservándolas en condiciones que garanticen su integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

**ARTICULO 38.- CONDICIONES FISICAS DE CONSERVACIONES:** Los archivos de historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación.

**ARTICULO 39.- DE LOS MEDIOS TECNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA:** CORPOMÉDICA I.P.S. podrá utilizarse medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, para el manejo de las Historias Clínicas, cuando así lo consideren conveniente. Los programas automatizados que se diseñen y utilicen, así como sus equipos y soportes documentales, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que imposibiliten la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos. También debe protegerse la reserva de la misma mediante la utilización de sistemas que le impidan el acceso de personal no autorizado para conocerla y adoptar medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada. La institución debe permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias clínicas en medios físicos, de forma que se pueda establecer quien realizo los registros, la hora y la fecha de los mismos.

## **CAPITULO XIII**

### **COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS**

**ARTICULO 40.- DEFINICION:** Defínase el comité de historias clínicas como el conjunto de personas que al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.

**ARTICULO 41.- FUNCIONES:** Serán funciones básicas del Comité de Historias Clínicas, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999, las siguientes:

1. Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.

2. Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.
3. Elevar a la Dirección y al Comité Técnico-Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
4. Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.  
Adicionalmente el Comité de Historias Clínicas de CORPOMÉDICA I.P.S. – tendrá las siguientes funciones:
5. Dictarse su propio reglamento de funcionamiento.
6. Actualizar periódicamente el Reglamento Interno de Historias Clínicas de CORPOMÉDICA I.P.S.
7. Supervisar las Historias Clínicas, asegurándose que se encuentren correctamente diligenciadas en todas y cada una de sus partes, identificación, plan de manejo, evolución, formulación, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, entre otras.
8. Verificar que en cada Historia Clínica los médicos utilicen la terminología contemplada en la nomenclatura oficial, y que sea escrita y llenada completamente.
9. Diseñar medidas para garantizar la integridad y conservación de la Historia Clínica, divulgarlas y velar por su cumplimiento por parte de los funcionarios que tengan acceso a la misma. Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración, manejo y funcionamiento del archivo de las historias clínicas.
10. Las demás que se requieran para facilitar las actividades del Comité y para lograr los objetivos generales trazados.

**ARTÍCULO 42.- CONFORMACION:** El Comité de Historias Clínicas de la CORPOMÉDICA I.P.S. estará integrado por los siguientes miembros:

- Director de Servicios de Salud de CORPOMÉDICA I.P.S.
- Coordinador Médico de CORPOMÉDICA I.P.S. (como Presidente del comité)
- Coordinadora de Promoción y Prevención de CORPOMÉDICA I.P.S.
- Un (1) representante de los médicos generales de CORPOMÉDICA I.P.S.
- Auxiliar responsable del archivo de historias clínicas de CORPOMÉDICA I.P.S.

- Jefe de Atención al Usuario de CORPOMÉDICA I.P.S. (como Secretaria del Comité)

**ARTICULO 43.- ACTAS:** De las reuniones del comité de Historias Clínicas deberán levantarse un Acta con copia a la Gerencia de CORPOMÉDICA I.P.S.

**ARTICULO 44. EVALUACION DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLINICAS:** La institución dispondrá de mecanismos para evaluar directamente en los diferentes servicios, un numero plural de Historias Clínicas tomadas al azar, detectando las fallas relacionadas con el contenido y la calidad del documento y todos sus componentes, y propondrá las medidas correctivas para que sean aplicadas y ejecutadas por el personal médico, paramédico y de apoyo.

## **ANEXO F. COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Dando cumplimiento al Decreto 1562 de Junio 22 de 1984 que reglamenta la vigilancia y control epidemiológico se hace necesario unificar las acciones de Vigilancia Epidemiológica para optimizar recursos de la organización y de la población en general.

### **CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

#### **INTEGRANTES**

- ❑ El Gerente o su delegado (Coordinadora I nivel)
- ❑ Una Enfermera Jefe (Promoción y Prevención)
- ❑ Un médico general de Consulta Externa

#### **SECRETARIA DEL COMITÉ**

Será designado por y entre los miembros de éste. El archivo y transcripción de actas y otras labores de oficina serán ejecutadas por la secretaria de la Coordinación de I nivel.

#### **CITACIONES.**

Cuando las circunstancias lo ameriten, podrán ser citados al Comité funcionarios de cualquiera de las dependencias de la Organización, para tratar asuntos específicamente relacionados con la Vigilancia Epidemiológica. Estos tendrán voz pero no voto.

### **REUNIONES DEL COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (COVE)**

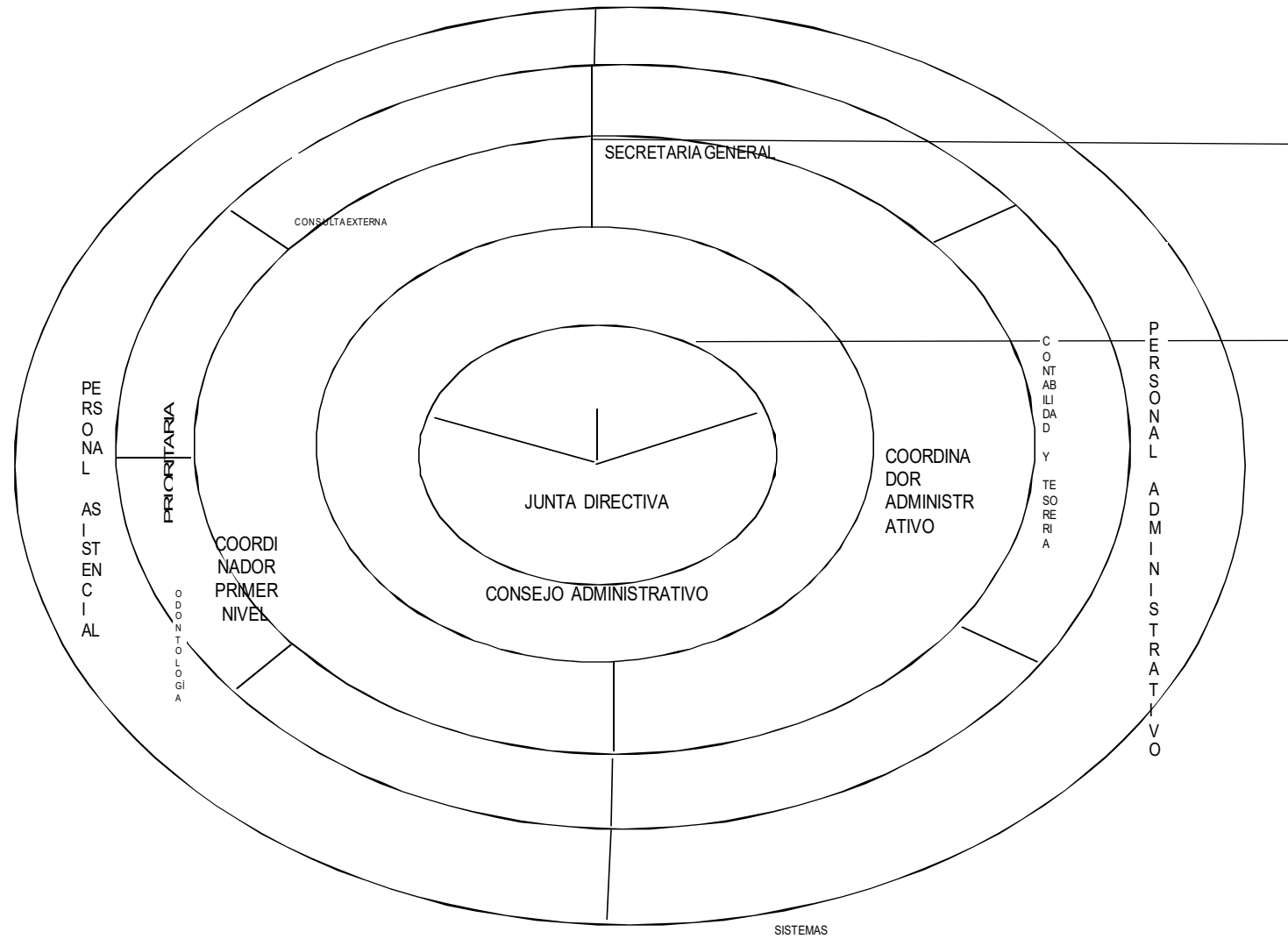
El Comité se reunirá como mínimo un (1) vez al mes, en el día y hora que determine el Comité. De todas las reuniones se levantará un acta, y se enviará una copia a la dependencia de Epidemiología del Instituto Departamental de Salud.

### **FUNCIONES DEL COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

1. Expedir su reglamento interno de funcionamiento.

2. Cumplir y hacer cumplir las disposiciones del Decreto 1562 del 22 de Junio de 1984 y las normas que, con fundamento en el mismo o en la Ley, establezcan el Ministerio de Salud y la Secretaría de Salud Departamental.
3. Coordinar, asesorar y evaluar las actividades de Vigilancia epidemiológica de las Enfermedades de Notificación Obligatoria.
4. Coordinar, asesorar y evaluar las actividades de Vigilancia epidemiológica de las Enfermedades de acuerdo al registro estadístico de las diez primeras patologías de Consulta externa.
5. Realizar reuniones periódicas para coordinar, ejecutar y evaluar acciones de salud de prevención y control.
6. Realizar estudio de casos clínicos y de laboratorio de las patologías que se encuentran bajo vigilancia, teniendo como prioritarias las siguientes: Cólera, Parálisis Flácida, Dengue Hemorrágico, Meningitis Meningocócica, Tétanos, Tétanos Neonatal, Sarampión, Difteria, Rabia Humana, Hepatitis, Sida y otras que ameriten atención por los daños que causan en la comunidad.
7. Coordinar, ejecutar y supervisar las medidas de control en casos de brotes.
8. Cumplir con las normas de información a la Dirección Seccional de Salud y/o a otras instancias.
9. Promover la capacitación y actualización del recurso humano en las normas de Vigilancia Epidemiológica.

# PROPUESTA ORGANIGRAMA CIRCULAR CORPOMÉDICA



PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

AUDITOR  
MÉDICO

REVISOR  
FISCAL

PLANO DEL AREA ASISTENCIAL DE CORPOMÈDICA I.P.S.

|                                  |                      |                           |                             |                             |                     |            |                      |                              |             |  |  |
|----------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------|------------|----------------------|------------------------------|-------------|--|--|
| PATIOS                           | COORDINA.<br>NIVEL I | CONSUL<br>No. 3           | CONSUL<br>No. 4             | SISTEMAS                    | ONSULTOR<br>No. 5   | VACUNACIÒN | CONSULTORIO<br>No. 9 | CONSULTORIO<br>ESPECIALISTAS | OBSERVACIÒN |  |  |
| CONSULT<br>No. 2                 | SALA DE ESPERA       | ATENCION<br>AL<br>USUARIO | CONSULT. MÈDICO N. 8        |                             |                     |            |                      | BAÑOS                        |             |  |  |
| BAÑOS                            |                      | CONSULT. MÈDICO No.7      |                             |                             |                     |            | PUESTO ENFERMERIA    |                              |             |  |  |
| CONSULT.<br>No. 1                |                      | BAÑOS                     |                             |                             |                     |            | CONSULTA PRIORITARIA |                              |             |  |  |
| ARCHIVO<br>HISTORIAS<br>CLÌNICAS |                      | CONSULT. MÈDICO 6         |                             |                             |                     |            |                      |                              |             |  |  |
| CITAS<br>MÈDICAS                 |                      | SALA DE ESPERA            |                             |                             |                     |            |                      |                              |             |  |  |
| ENTRADA                          |                      | FISIOTERAPIA              | CONSULTORIO<br>ODONTOLOGICO | CONSULTORIO<br>ODONTOLÒGICO | TALLERES<br>DE PY P |            | SALA<br>DE<br>ESPERA | RECEPCIÒN                    | ANTEJARDIN  |  |  |
|                                  |                      |                           |                             |                             |                     |            |                      | ENTRADA                      |             |  |  |